Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Viernes 22 de Julio del 2022
HORA: 1:35:57 pm

Se ha registrado en el sistema, la carga de 3 archivos suscritos a nombre de; CLINICA OSPEDALE MANIZALES, con el radicado; 202200081, correo electrónico registrado; juridica@clinicaospedalemanizales.com, dirigidos 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
2LLAMAMIENTOCHUBBSEGURO.pdf
OFICIODEREMISIONPREVIA.pdf
1CONTESTACIONDEMANDA.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20220722133611-RJC-31074

Manizales, Caldas
Julio de 2022
Señor:
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES -CALDAS
E. S. D.

La ciudad.

PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.
RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00081-00
DEMANDANTE : MARIA ASCENETH BUITRAGO DE SALAZAR Y OTROS.
DEMANDADO : CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES, EPS SANITAS, BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.

BYRON DAVID TOBON PATIÑO , mayor de edad, residente y domiciliado en la ciudad de Manizales (Caldas), abogado en ejercicio, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando como apoderado de la CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A. con Nit. 810.003.245-1, correo electrónico tobondavid31@gmail.com y juridica@clinicaospedalemanizales.com tal y como consta en el poder general a mí debidamente conferido para actuar y que aporto con este escrito, así como en el certificado de existencia y representación, 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

AL HECHO 1.1: 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***

AL HECHO 1.2: 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***

AL HECHO 1.3 NO ME CONSTA, Por ser un hecho que no es del conocimiento ni de las competencias de mi representada, nos atenemos a los que se pruebe legalmente y para esto es la parte actora la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori***

AL HECHO 1.4 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***

AL HECHO 1.5 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***

AL HECHO 1.6 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***

AL HECHO 1.7 NO ME CONSTA, :NO ME CONSTA de manera directa lo manifestado en este hecho, como quiera que pertenezca a situaciones íntimas de los actores, por lo cual necesariamente deberá ser acreditado fehacientemente por la parte actora. ***onus probandi incumbit actori***

RESPECTO DE LOS HECHOS RELACIONADOS CON LA ATENCION:

AL HECHO 2.1 ES CIERTO, de acuerdo con los registros clínicos que reposan de la historia clínica correspondiente de la Sra MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR (q.e.p.d.)

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNOSTICO

Cant.	Descripción	Observaciones
1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	HVDA - melenas *** AP: paralisis espastica - HVDA

Fecha de Orden: 18/06/2019

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, linea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que
compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, ángulo sano, píloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada . DUODENO: Primera y segunda porciòn normal.
DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL BIOPSIAS: NO
FECHA Y HORA DE APLICACION:20/06/2019 11:39:21 REALIZADO POR: JENNIFER PAOLA MARTINEZ PARRA

CONCLUSIONES

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, linea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que
compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, ángulo sano, píloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada . DUODENO: Primera y segunda porciòn normal. DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL BIOPSIAS: NO

AL HECHO 2.2 ES CIERTO, de acuerdo con los registros clínicos que reposan de la historia clínica correspondiente de la Sra MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR (q.e.p.d.), con múltiples notas médicas y de Enfermeria que relatan:

"INGRESA PACIENTE A SALA DE CIRUGÍA NUMERO 2, EN SILLA DE RUEDAS,PROGRAMADA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ANTIREFLUJO CIRUJANO DR MAURICIO OSORIO Y DR JUAN MANUEL VENEGAS ANESTESIOLOGO DR JUAN ESTEBAN SOSA,MANILLA DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE REFIERE NO ALERGIAS A MÉDICAMENTOS CON LIQUIDOS VENOSOS PERMEABLES EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO #18 ,TRAE CONSENTIMIENTOS FIRMADOS ,ANTIBIOTICO ADMINISTRADO EN ADMISIONES 2GR DE CEFAZOLINA BIEN TOLERADO POR LA PACIENTE ,SE INICIA PARADA VERIFICANDO ITEMS DE CIRUGIA SEGURA,SE ACOMODA PACIENTE EN POSICION SUPINO , SE MONITORIZA SIGNOS VITALES ESTABLES PA:120/85 FC:65 SPO2:99%."

AL HECHO 2.3 ES CIERTO, de acuerdo con los registros clínicos que reposan de la historia clínica correspondiente de la Sra MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR (q.e.p.d.), con múltiples notas médicas y de Enfermeria que relatan:

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 42 **FECHA** 13/09/2021 12:35:44 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO

NOTAS ENFERMERIA

Ingresa paciente al servicio de admisiones deambulando por sus propios medios llega en compañía de el familiar,paciente y familiar con su respectivo tapabocas por protocolo de covid -19.
PROCEDIMIENTO QX ANTIREFLUJO

Se presenta equipo de preparación de enfermería la cual se encuentra con todos los elementos de protección personal, Se realiza lista de chequeo de cirugía segura, paciente refiere estar en completo ayuno. refiere NO ser alérgica refiere DISCAPACIDAD MENTAL, COGNITIVA Y FISICA como enfermedad importante.

Se hace cambiar al paciente con ropa bata de cirugía gorro y polainas Se dan al paciente y al familiar guiá de cuidados prevención de caídas deberes y derechos

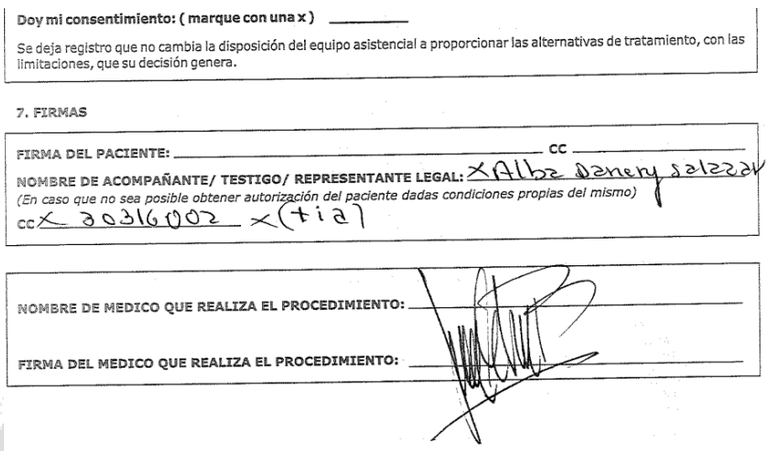
con Previo lavado de manos con clorhexidina y calzando guantes limpios la auxiliar de enfermería ANA TORO procede a realizar desinfección de sitio a puncionar y procede a canalizar con catéter # 18 en MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO quedando permeable debidamente rotulado y fijo pasando profilaxis antibiótica de CEFAZOLINA X 1GR 2 ampollas en 100 cc de ssn

Se hacen firman consentimientos por el acompañante, el paciente y los especialistas, Se traslada paciente a sala de cirugía en silla de ruedas en compañía de la auxiliar de enfermería se entrega historia clínica completa exámenes traídos por el paciente y canasta de medicamentos paciente BENEFICIARIA,CUENTA CON CARNET QUE LA EXONERA DE EL COPAGO

Nota realizada por: LUISA FERNANDA FRANCO GARCIA Fecha: 13/09/21 12:35:46

LUISA FERNANDA FRANCO GARCIA
Reg. 1053852187
AUXILIAR DE ENFERMERIA

AL HECHO 2.4 NO ES CIERTO, corresponde a una manifestacion subjetiva de la parte actora, sin fundamento probatorio y además temerario, toda vez que por protocolos de calidad y practica de cirugia segura, siempre a todo paciente y familiar se le indica y explica el consentimiento informado para que sea consciente de que es lo que firma, y si está o no de acuerdo además se le aclara las dudas que le surjan al respecto, y en este caso se realizó y el mismo se encuentra debidamente firmado como constancia de autorización del mismo, además, se resaltan los riesgos inherentes al acto quirúrgico como se acredita en el consentimiento informado, ningun paciente o familiar es obligado bajo ninguna circunstancia a formar el consentimiento informado, finalmente quien decide si realizar o no una cirugia termina siendo el paciente y sus familiares.



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: _____ **CC** _____

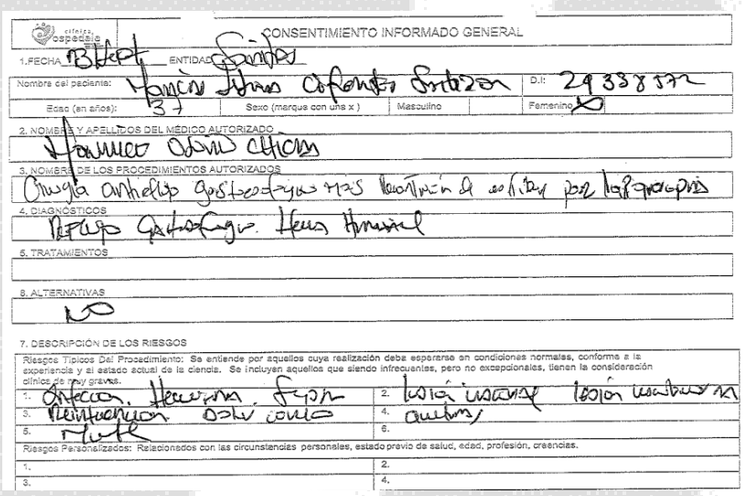
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL: x Alba Danery Salazar

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

CC x 30316002 x (tia)

NOMBRE DE MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____



clínica ospedale

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

1.FECHA 8 Sept ENTIDAD Sanitas

Nombre del paciente: Yoyci Yhan Cofonte Santos D.I: 29338372

Edad (en años): 37 Sexo (marque con una x) Masculino Femenino X

2. NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO AUTORIZADO

Yhonnier Oviedo Chica

3. NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Cirugía antireflujo gastroesofagica mas funduplicatura de nissen por laparoscopia

4. DIAGNÓSTICOS

Reflujo Gastroesofagico. Hernia Hiatal

5. TRATAMIENTOS

6. ALTERNATIVAS

NO

7. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS

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

1. Infección, Hemorragia, Fuga	2. Lesión visceral, lesión vascular
3. Perforación, Obstrucción	4. Muerte
5. Muerte	6.

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

1.	2.
3.	4.

AL HECHO 2.5 NO ES UN HECHO, el demandante realiza una manifestacion subjetiva, desde el desconocimiento médico y científico, tampoco realiza un análisis juicioso y detallado sobre el tema que nos ocupa y adicional no acredita su manifestacion en base a ningun estudio o investigación que pueda ser nombrado ciencia médica y mucho menos demostrable.

AL HECHO 2.6 NO ES CIERTO, no es un hecho, es una afirmación sin fundamento, La parte demandante está realizando afirmaciones sin llevarse a cabo el debate probatorio, intenta imputar en el actuar médico una omisión sin ni quisiera tener los elementos de prueba suficientes y así, intenta responsabilizar a los médicos desconociendo el debido

proceso y la decisión final, que en ultimas, corresponde al señor juez definir, sin tener en cuenta el actuar diligente, cuidadoso, esmerado, y en apego de las guías y prácticas médicas así como la lex artis, se evidencia aplicación de profilaxis antibiótica y nota quirúrgica del Dr Mauricio Osorio donde se realiza cirugía antirreflujo sin complicaciones; posterior al procedimiento indica hospitalizar para vigilancia y manejo médico, donde se formulan todos los medicamentos indicados por el especialista para control de síntomas y vigilancia.

AL HECHO 2.7 NO SE ACEPTA EL HECHO, la parte actora intenta de manera subjetiva sugerir una conducta médica, sin conocimiento tecnico ni científico para inferir de manera razonable que la conducta médica debió ser otra a la ordenada, el apoderado de la parte actora realiza transcripción incompleta de la Historia Clínica desconociendo la integralidad de la misma, las conductas médicas se encuentran de manera completa en la Historia Clínica y obedecen al conocimiento médico científico de los galenos tratantes de la paciente, quienes son los que en realidad tienen el conocimiento científico y la justificación médica de las ordenes impartidas.

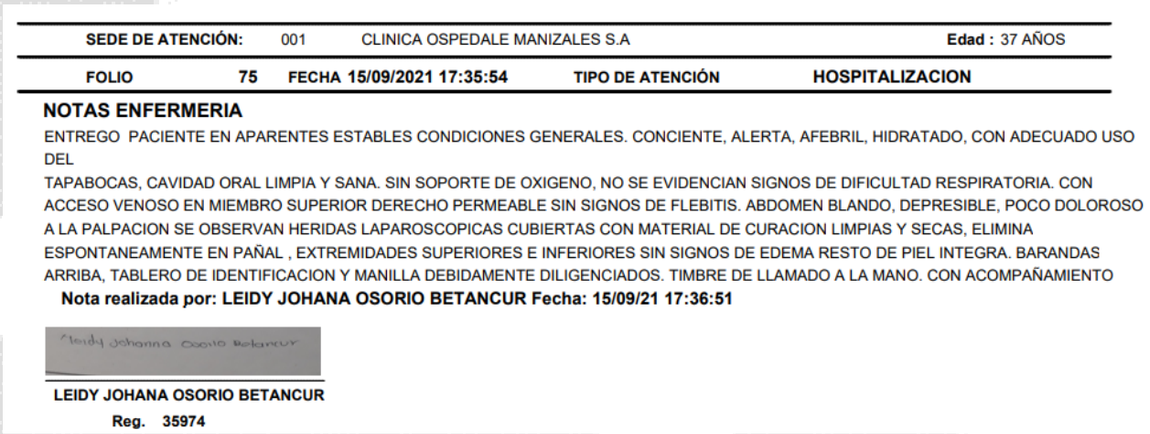
AL HECHO 2.8 NO SE ACEPTA EL HECHO, nuevamente el apoderado de la parte actora sin conocimiento médico científico, sugiere conductas médicas que no se encuentran en la historia clínica, intentando acomodar el fundamento factico a sus pretensiones, el personal médico tratante es quien tiene el conocimiento médico y en razón de eso, ordena el tratamiento más adecuado para la paciente, situaciones diferentes a ellas deben ser probadas de manera suficiente en el debate probatorio que se deberá adelantar.

AL HECHO 2.9 NO ES CIERTO, las manifestaciones realizadas por la parte actora son subjetivas, a la Sra. MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR se le prestaron todos los servicios médicos que requirió con la mayor dedicación como se hace a todos los pacientes de la CLÍNICA, así se encuentra acreditado en la Historia Clínica sobre todas las atenciones médicas, y adicional se realizaron las rondas rutinarias por el personal en salud, es importante señalar que no toda ronda o visita del personal de Enfermeria o médico se debe dejar constancia en la Historia Clínica, pues corresponden a las ronda rutinarias y que se suscitan por cualquier tipo de necesidad del paciente o sus acompañantes, no quiere decir ellos que porque no exista una nota, no existió ola atención como lo intenta mencionar la parte actora.

AL HECHO 2.10 NO ES CIERTO, si bien la parte actora trascribe un aparte de la Historia Clínica, durante el resto del dia 14 de septiembre de 2021 la paciente estuvo en constante vigilancia por todo el personal de la Clínica, así se acredita en las historias Clínicas, adicionalmente respecto de la valoración por el especialista, la misma surge en la ronda cotidiana realizada por el médico y durante el resto del dia el mismo especialista mantiene informado por los médicos y el personal de enfermería sobre la evolución de la paciente y permanece atento a si se requiere su inmediata presencia.

AL HECHO 2.11 NO ACEPTO EL HECHO, tal y como está redactado, es un hecho mal intencionado de la parte actora que no tiene en cuenta el resto de atenciones durante todo el dia, y en igual sentido que el hecho anterior la valoración por el especialista, la misma surge en la ronda diaria realizada por el médico y durante el resto del dia el mismo especialista mantiene informado por los médicos y el personal de enfermería sobre la evolución de la paciente y permanece atento si se requiere su inmediata presencia.

AL HECHO 2.12 NO ES CIERTO, son manifestacion subjetivas de la parte actora, no presenta pruebas de lo manifestado y corresponde a situaciones que no corresponden a la realidad pues tampoco existe prueba de ello en la Historia Clínica, por el contrario, la misma expresa en nota del 15/09/21 a las 17:36:51 ***ENTREGO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ADECUADO USO DEL TAPABOCAS, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, POCO DOLOROSO A LA PALPACION SE OBSERVAN HERIDAS LAPAROSCOPICAS CUBIERTAS CON MATERIAL DE CURACION LIMPIAS Y SECAS, ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL , EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO***



SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 75 **FECHA** 15/09/2021 17:35:54 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ADECUADO USO DEL
TAPABOCAS, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, POCO DOLOROSO A LA PALPACION SE OBSERVAN HERIDAS LAPAROSCOPICAS CUBIERTAS CON MATERIAL DE CURACION LIMPIAS Y SECAS, ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL , EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO

Nota realizada por: LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR Fecha: 15/09/21 17:36:51

LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR

Reg. 35974

AL HECHO 2.13 PARCIALMENTE CIERTO, la parte actora inicia la redaccion del hecho con algunos datos ciertos como las fechas y la hora, sin embargo lo mezcla intencionalmente con redaccion subjetiva que intenta hacer ver al personal médico de algún modo poco diligente al manifestar “que si era real el estado tan grave” y termina con “algunos fármacos” por lo que nos apartamos de la objetividad del hecho y se deberá probar lo manifestado en el debate probatorio y con suficiencia científica y médica, respecto a la trascripción de la Historia Clínica, solo realiza una pequeña trascripción de fragmento, eliminando la atención completa realizada a la Sra. MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR (q.e.p.d)

AL HECHO 2.14 NO ES CIERTO, es un hecho narrado desde la subjetividad de la parte actora, con pleno desconocimiento de protocolos y las guías de práctica clinica, si bien la nota médica es clara sobre la conducta de aguardar por el concepto de medicina interna, también lo es respecto a todas las maniobras, la formulación completa y los esfuerzos del personal por estabilizar la paciente, la redaccion de la parte actora obedece a la subjetividad del apoderado y deberá ser probado, por lo que se anexa la historia clinica completa a fin de que sea el señor juez y el debate en derecho quienes definan de manera objetiva el actuar médico.

AL HECHO 2.15 NO ES CIERTO, 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,*** cabe resaltar que la conduta médica es objetiva, está basada en el conocimiento y adicional en la buena práctica de la medicina, las "*consideraciones"* como lo afirma la parte actora obedecen a un sustento tecnico y científico, imputar omisión sin ningun sustento resulta reprochable desde todo punto de vista por lo que el debate probatorio demostrara a su señoría y a las partes que intervengan sobre las verdades razones de hecho y en ciencia que determinaron la conducta médica de no realizar maniobras de reanimación ***avanzada***, no se dice nada sobre la **reanimación básica.**

AL HECHO 2.16 NO ES CIERTO, la parte actora de manera subjetiva sin fundamento tecnico ni científico sobre las conductas médica y clinica, sugiere que la paciente debió ser trasladada a una unidad de cuidado intensivo, cuando esa conducta no fue ordenada por los médicos que trataron a la Sra MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR (q.e.p.d), es así que, la redaccion subjetiva de la parte actora acredita su intención de crear de la nada hechos que no tienen una base probatoria y que solo obedece a lo que el abogado cree, debió ser la conducta médica, nada más alejado de la realidad objetiva que demuestra el estudio completo de la Historia Clínica.

AL HECHO 2.17 NO ACEPTO EL HECHO, nuevamente la parte actora desconoce la práctica clinica y médica, el médico de manera taxativa indica que la paciente con los antecedentes anotados, tenía un pobre pronostico a largo plazo, por lo que se consideró no candidata a realizar maniobras de reanimación avanzada, nada se dice sobre la reanimación básica, y tampoco se ordenó traslado o medidas invasivas en UCI pues las condiciones para ingreso a UCI son objetivas y para pacientes que puedan tener un pronóstico por lo menos a largo plazo, situación que se acredita NO tenía la paciente MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR (q.e.p.d)

AL HECHO 2.18 NO ES CIERTO, nuevamente y de manera reiterada la parte actora desconoce y afirma sin fundamento tecnico ni científico tal aseveración que solo intenta distraer de la objetividad al señor juez y a las partes que intervienen, durante la estancia de la Sra MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR (q.e.p.d) todo el personal propendió por la mejor atención, en apego a los protocolos institucionales, guías de práctica clinica internación y nacional, nunca se sometió a la paciente a padecer un dolor ni mucho menos se le negó asistencia médica, llama la atención que la parte actora ante el desconocimiento y ausencia de prueba quiera crear una desde el fundamento subjetivo de una situación que nunca se generó, por tanto, corresponderá a la parte actora probar tales afirmaciones de manera amplia, suficiente y objetiva, en tanto, la conducta médica y de todo el personal médico y paramédico fue optima, diligente y en apego a la ciencia médica, resulta indignante pensar solamente que el actuar del personal médico este encaminado a causar daño o sufrimiento de los pacientes, que en ultimas son su razón de ser.

AL HECHO 2.19 NO ACEPTO EL HECHO, pues corresponde a una supuesta grabación la cual nunca fue autorizada por el personal médico y es así como su legitimidad como legalidad se encuentra viciada por los medios y fines, adicional, desconoce totalmente en el contexto que presuntamente se dio, adicional es un hecho ajeno a mi representada y será en implicado quien deberá hacer expresa manifestacion.

El Ministerio de Salud, dio a conocer concepto, mediante el cual se establece la prohibición de grabaciones de imagen o voz de la atención en salud, sin la autorización previa por parte del profesional de la salud.

El anterior concepto se encuentra soportado: En el artículo 15 de la Constitución Política: “Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. (…). En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución.”.

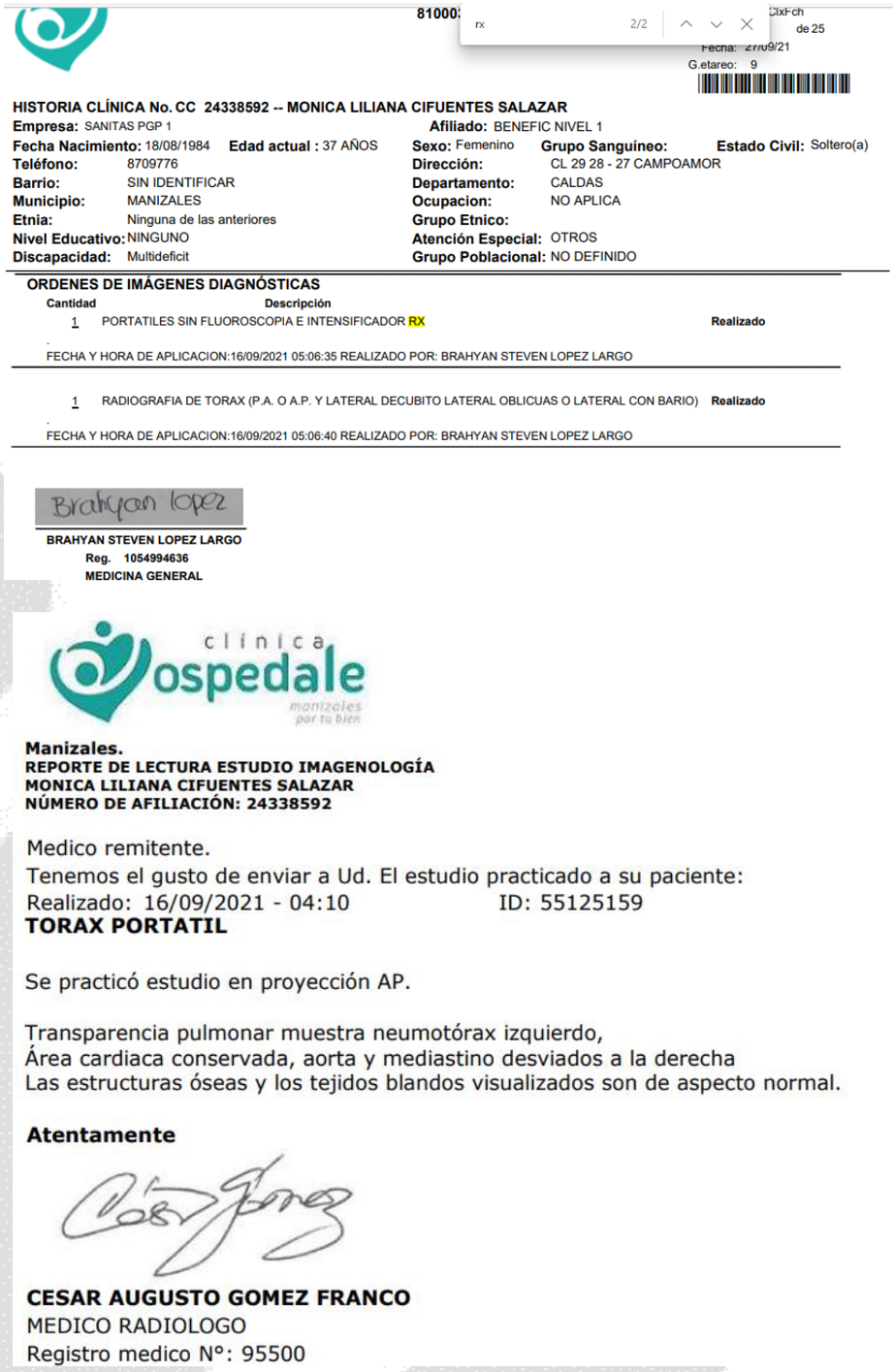
Igualmente, la Corte Constitucional en la Sentencia T-634 de 2013, se expone: En suma, el derecho a la propia imagen, a partir de los diversos aspectos desarrollados por la jurisprudencia constitucional, (i) comprende la necesidad de consentimiento para su utilización, (ii) constituye una garantía para la propia imagen como expresión directa de la individualidad e identidad de las personas, (iii) constituye una garantía de protección de raigambre constitucional para que las características externas que conforman las manifestaciones y expresiones externas de la individualidad corporal no puedan ser objeto de libre e injustificada disposición y manipulación de terceros, (iv) es un derecho autónomo que puede ser lesionado junto con los derechos a la intimidad, a la honra, al buen nombre de su titular, y cuyo ejercicio está estrechamente vinculado a la dignidad y libertad de la persona, (v) implica la garantía del manejo sobre la propia imagen cuyo ejercicio se traduce en una manifestación de la autodeterminación de las personas, y (vi) exige que las autorizaciones otorgadas para el uso de la propia imagen en el marco de la libertad en las relaciones contractuales no sean entendidas como una renuncia al derecho mismo.”.

En consideración a los argumentos jurídicos y jurisprudenciales esgrimidos analizados previamente, se estima que el médico-profesional de la salud puede no autorizar grabaciones o filmaciones cuando desempeña su labor, dado que, el galeno, al igual que todo ciudadano, también goza de su derecho a la imagen, al libre desarrollo de la personalidad, al libre ejercicio de su profesión, a su intimidad personal, a su habeas data, entre otros, que obligan a que se le deba pedir autorización previa para realizar grabaciones, de su imagen, entre otras, cuando esté prestando el servicio de salud.

AL HECHO 2.20 NO ES UN HECHO, es un presunto concepto de una guía clinica, el cual deberá ser debatido al interior del proceso en un contexto real no meramente subjetivo narrado en 4 renglones por la parte actora.

AL HECHO 2.21 NO ES UN HECHO, corresponde a una manifestación subjetiva de la parte actora quien intenta interpretar una resolución y solo enmarca en las causales de exclusión el antecede o la condición sin profundizar más al respecto sobre las verdades causales objetivas médicas para determinar la conducta de no ingresar a la paciente a una unidad de cuidado intensivo, que reitero, es una conducta que sugiere la parte actora, no el equipo médico por lo que estaríamos centrando el debate probatorio sobre supuestos.

AL HECHO 2.22 ES PARCIALMENTE CIERTO, el dia 15 de septiembre se ordena y se realiza toma de RX de tórax, corresponde al registro que se evidencia en la historia Clínica, el resto de la manifestacion presuntamente realizada por los familiares de la paciente, corresponde a una afirmación subjetiva que no sustenta que la realización o no de la ayuda diagnostica hubiese prevenido de algún modo el fallecimiento de la paciente.



HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR RX	Realizado

FECHA Y HORA DE APLICACION:16/09/2021 05:06:35 REALIZADO POR: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO

1	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	Realizado

FECHA Y HORA DE APLICACION:16/09/2021 05:06:40 REALIZADO POR: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO

Brahyan lopez

BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO
Reg. 1054994636
MEDICINA GENERAL

Manizales.
REPORTE DE LECTURA ESTUDIO IMAGENOLOGÍA
MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
NÚMERO DE AFILIACIÓN: 24338592

Medico remitente.
Tenemos el gusto de enviar a Ud. El estudio practicado a su paciente:
Realizado: 16/09/2021 - 04:10 ID: 55125159
TORAX PORTATIL

Se practicó estudio en proyección AP.

Transparencia pulmonar muestra neumotórax izquierdo,
Área cardiaca conservada, aorta y mediastino desviados a la derecha
Las estructuras óseas y los tejidos blandos visualizados son de aspecto normal.

Atentamente

CESAR AUGUSTO GOMEZ FRANCO
MEDICO RADIOLOGO
Registro medico N°: 95500

AL HECHO 2.23 NO ES CIERTO, la parte actora es imprecisa al indicar que se debió iniciar anticoagulación inmediatamente después de la cirugia o 24 horas posteriores, tal afirmación hecha por un profesional del derecho quien no tiene el conocimiento médico y científico es subjetiva y deberá ser probada conforme al debate probatorio y la evidencia legalmente recaudada.

Adicionalmente en la lectura objetiva de la Historia Clínica, se puede evidenciar que la paciente presento un episodio de desaturación y descompensación relacionado a síntomas respiratorios que, dados los antecedentes y el procedimiento, corresponderían a un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico, situación que se acredita como un riesgo expresado en el consentimiento informado.

AL HECHO 2.24 ES CIERTO, pero se aclara, la parte actora realiza afirmaciones subjetivas cuando evidentemente en la Historia Clínica es clara la nota que el médico realiza, en consecuencia, se debería remitir a la misma a fin de evitar las ambigüedades

"HACIA LAS 03+30 RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA. SE ENCUENTRA PACIENTE EN PARO CARDIORESPIRATORIO, SIN PULSOS CENTRALES. SE REALIZA MASAJE CARDIACO COMO PROTOCOLO DE REANIMACION BASICA. PASADOS 15 MINUTOS SE ENCUENTRA AUN SIN PULSOS CENTRALES, SIN SIGNOS VITALES, PUPILAS MIDRIATICAS, SIN REFLEJOS DE TALLO. PACIENTE QUE POR COMORBILIDADES NO ES CANDIDATA A MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA COMO INTUBACION OROTRAQUEAL. SE DICTAMINA HORA DE MUERTE A LAS 03+45"

SOBRE LOS HECHOS POSTERIORES A LOS HECHOS GENERADORES DE DAÑO.

AL HECHO 3.1 NO ME CONSTA, corresponde a situaciones ajenas al resorte de mi representada, y al ámbito personal de los demandantes, por lo que no me consta y nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso de la referencia.

AL HECHO 3.2 NO ME CONSTA, corresponde a situaciones ajenas al resorte de mi representada, y al ámbito personal de los demandantes, por lo que no me consta y nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso de la referencia.

AL HECHO 3.3 NO NOS CONSTA, mi representada no ha sido notificada de la presunta denuncia.

AL HECHO 3.4 ES CIERTO, está acreditado mediante acta de no acuerdo.

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 de la Sra MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR quien se identificó en vida con la C.C. 24´338.592 (q.e.p.d), en contra de CLINICA OSPEDALE MANIZALES 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 CALIDAD, CONTINUIDA, OPORTUNIDAD, EFICACIA, EFICIENCIA.

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

Me opongo a que se declare en contra de mi representada responsabilidad alguna y me opongo a que se ordene a mí representada el pago de valor por lo que respecta a las costas procesales y agencias en derecho a favor de la parte demandante por cuanto no existe culpa imputable a mí representada, así como tampoco se ha demostrado la presunta culpa, falta, negligencia o falla médica en la atención que se brindó como está claramente demostrado con la Historia Clinica, oportuna, pertinente y con cumplimiento de protocolos y las normatividad legal vigente.

Es preciso poner de presente su señoría que el apoderado de la parte demandante argumenta como fundamento de las pretensiones desde un punto de vista tecnico científico, para lo cual no tiene conocimiento técnicos y no aporta soportes que le den lugar a estas aseveraciones, siendo claro que no es un profesional del derecho el llamado a realizar dichas definiciones por cuanto las mismas quedan sin soporte probatorio realizándose como en el caso que nos ocupa desde el desconocimiento y desde la subjetividad.

Siendo claro que la jurisprudencia ha establecido que, tratándose de procesos de responsabilidad médica, se deben aportar pruebas idóneas que logren respaldar las pretensiones de la demanda y apoyar las probanzas que se pretenden, no bastando solo con argumentar por parte del profesional del derecho que elabora la demanda para que se realice declaración alguna, dándole elementos al señor juez para la toma de la decisión de fondo que se tomara en el proceso.

A LAS RAZONES DE DERECHO

Objeto y me opongo a ellas por considerar que mi representada le brindo la atención de acuerdo con la evolución de la enfermedad dado que su cuadro clínico era muy complejo y de pobre pronostico tal y como se acredita en la historia clinica de la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** quien se identificó en vida con la C.C. 24´338.592 (q.e.p.d)

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

EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO CON EL ART. 167 DEL C.G.P. – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR AUSENCIA DE CULPA

Para que proceda la condena por la responsabilidad de las entidades que prestan servicios de salud se requiere que se pruebe efectivamente su culpa y ya que dentro de los hechos de la demanda y los documentos aportados no se evidencia la existencia de

un actuar negligente o imprudente por parte de los profesionales que atendieron a la Sra MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR (q.e.p.d), ni que por parte de la institución de salud existió dilación injustificada o negación del servicio, siendo ese actuar ajeno al resultado que se le pretende imputar, por todo lo fundamentado en el presente escrito y tal como se ha de comprobar a lo largo del proceso judicial. Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

ATENCIÓN CLÍNICA CORRECTA Y ADECUADA:

Es evidente y así se acredita en la Historia Clínica de las atenciones realizadas a la Sra MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR quien se identificó en vida con la C.C. 24´338.592 (q.e.p.d), las atenciones fueron en apego a las guías y practicas clínicas, el procedimiento quirúrgico realizado fue satisfactorio y no se reporta ninguna complicación al interior del procedimiento quirúrgico, las múltiples comorbilidades suscitaron que se presentara de manera súbita el cuadro clínico por el cual lamentablemente fallece la paciente MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, no siendo tal situación culpa atribuible a mi representada ni al personal médico tratante quienes atendieron a plenitud sus obligaciones de conformidad a la lex artis y los atributos de calidad en la atención prestada.

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 CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A. Por lo tanto; no existe un error o falta del servicio a la señora MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR por parte de la CLINICA OSPEDALE MANIZALES 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.**

Así las cosas, en el presente caso no ha sido demostrado el hecho daño, simplemente ha sido enunciado, sin que se encuentre sustento de este en el fundamento factico y probatorio en la demanda. Igualmente se omitió por la parte actora probar el nexo causal entre la atención médica 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 y todo su fundamento se basa en la simple y mera especulación de la parte actora, sin una base fundada ni probatoria de lo que de manera subjetiva pretende afirmar, 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

La CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A y su cuerpo médico se comprometió con la señora MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR a garantizarle la prestación del servicio médico que necesitaba para conjurar los padecimientos ocasionados por la condición clinica de la paciente, el cual garantizó bien y fielmente a través de personal médico y de enfermería, no obstante, el resultado del lamentable fallecimiento de la 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, tampoco la sobrevivencia de los pacientes, 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 o incluso por la muerte como el caso que nos ocupa, 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 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 aun 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".*

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 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A . la cual en procura del bienestar brindó un

manejo adecuado a la condición clinica de la paciente. Es necesario observar que se le suministro el tratamiento para su padecimiento, y la condición clinica, antecedentes, comorbilidades ,los cuales lamentablemente produjeron su deceso, no son atribuibles 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, 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, 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 imputable a mi representada que se traduzca en un daño indemnizable como se podrá verificar a lo largo del proceso.

AUSENCIA DE PRUEBAS QUE ACREDITEN LOS PERJUICIOS SOLICITADOS POR LOS ACTORES.

Esta excepción enerva las pretensiones en cuanto ellas se erigieron pese a la carencia absoluta de medios de prueba no sólo de la responsabilidad endilgada, sino también de la producción, naturaleza y por supuesto la cuantía del supuesto detrimento alegado, ya que éste no es susceptible de presunción alguna, pues requiere de su fehaciente demostración para poder ser considerado, luego la falta de certidumbre sobre el mismo se traduce en un obstáculo insalvable para su reconocimiento. Debo agregar señor juez que en asuntos médicos no se puede condenar con base en presunciones, suposiciones y meras conjeturas de los demandantes, se requiere que se sustente y se pruebe en donde estuvo y en que consistió la presunta falla, situación que no acontece en el presente caso.

De igual forma, tales pretensiones resultan ser exorbitantes y respecto de las cuales no obra ni la más mínima prueba en el expediente, y en tal sentido, solamente demuestran un claro afán de lucro de su parte, los cuales no pueden ser endilgados a la parte pasiva de esta acción.

Por tal razón solicito al señor juez se desestimen las pretensiones de los demandantes y se declare probada la excepción.

“1 consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 24 de marzo de 2011, expediente 18947, C.P. Hernán Andrade Rincón”.

INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA

De los argumentos presentados anteriormente, se desprende la inexistencia de la obligación indemnizatoria solicitada por los demandantes. Al respecto he de mencionar que la obligación indemnizatoria surge una vez se ha logrado acreditar la totalidad de los elementos que constituyen la responsabilidad civil, en ese orden de

ideas, al no estar acreditado en el plenario ninguno de estos elementos, no es posible el nacimiento de una obligación indemnizatoria, por ello, se deberá exonerar a mi defendida del pago de cualquier suma de dinero a título de indemnización a favor de los demandantes.

COBRO DE LO NO DEBIDO

Considerando que no hay culpa alguna que pueda ser atribuible a la CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A. como consecuencia de la atención brindada a la 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 OSPEDALE MANIZALES 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 ESTOS:

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 estos 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 se tomaron todas las medidas preventivas, se suministraron todos los tratamientos ordenados por los médicos tratante, se llevaron de una manera exhaustiva los protocolos y las guías de práctica clinica, y adicionalmente se informaron todos los riesgos de practicar un cirugia tal y como se acredita con el CONSENTIMIENTO INFORMADO. 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 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 contrario [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 u 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 arrollador [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 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 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 que se cumple un acontecimiento por naturaleza extraño o dominador, no configuraría [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 de 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).

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.

A LOS MEDIOS DE PRUEBA

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

I. 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.

II. Documentos técnicos aportados:

Es preciso indicar que la parte demandante no cumple con los requisitos del artículo 173 del CGP, para poder realizar la solicitud, aunado a ello en lo que, respecta a mi representada, el suscrito con esta contestación de la demanda aporta la Historia Clínica completa correspondiente a la atención médica brindada a la paciente.

III. Testimonial

Me reservo el derecho de interrogar y/o contrainterrogar a todos los testigos y/o demandantes

IV. Interrogatorio de parte.

Me reservo el derecho de interrogar y/o contrainterrogar a todos los testigos y/o demandantes y además los representantes legales de las codemandadas, llamados en garantía, incluso el de mi representada.

V. Solicitud de prueba documental.

la parte demandante no cumple con los requisitos del artículo 173 del CGP, para poder realizar la solicitud.

2. PRUEBAS SOLICITADAS Y APORTADAS POR CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A.

INTERROGATORIO DE PARTE

1. En primer lugar, manifiesto a usted que, de las pruebas decretadas como pruebas conjuntas, y las solicitudes de prueba testimonial realizadas por los restantes sujetos procesales me reservo el derecho a intervenir en todas y cada una de ellas a fin de ejercer efectivamente el derecho de defensa y contradicción a favor de mi representada.

2. Solicito el interrogatorio de los demandantes, para que absuelvan 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.

3. Solicito el interrogatorio del **REPRESENTANTE LEGAL DE SANITAS EPS Y DEL REPRESENTANTE DE CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A** 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.

5. Solicito interrogatorio de todos los testimonios aportados tanto por el demandante, como los aportados por **LAS IPS** o ENTIDADES que en el proceso sean codemandadas o llamadas en garantía y que acudan a la AUDIENCIA, para que absuelva interrogatorio sobre los hechos de la demanda y sobre todos los aspectos relevantes que sean necesarios para aclarar los hechos y las pretensiones.

Adicionalmente solicito se admitan, decreten y practiquen las siguientes:

DOCUMENTALES:

1.- Historia Clínica Completa de las atenciones realizadas a la Sra. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, con la que se prueba el estado de salud y las atenciones realizadas de manera cronológica.

2.- Las aportadas por los demandantes en lo que sea favorable a mi representada CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A

PRUEBA TESTIMONIAL:

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**:**

MÉDICOS ESPECISLITAS

1.- Sírvase citar y hacer comparecer al **Doctor Mauricio Osorio Chica** con CC 10262766, cirujano general el cual podrá ser citado en el correo electrónico maochi2@hotmail.com o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

2.- Sírvase citar y hacer comparecer al **Doctor Juan Manuel Venegas** con CC 10249207, cirujano general el cual podrá ser citado en el correo electrónico jvenegasma@gmail.com o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

3.- Sírvase citar y hacer comparecer al **Dr Juan Carlos Marin Marmolejo** con CC 10254641, el cual podrá ser citado en el correo electrónico juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

ENFEMEROS PROFESIONALES Y ENFERMEROS AUXILIARES

4.- Sírvase citar y hacer comparecer al **Sr Sergio Alejandro Vargas** con CC 1060655523, la cual podrá ser citado en el correo electrónico sergio.vargas@ucm.edu.co o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

5.- Sírvase citar y hacer comparecer a la **Sra Laura Vanesa Pinzon Ramirez** con CC 1007227405, la cual podrá ser citado en el correo electrónico vanesapinzon17@gmail.com o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

6.- Sírvase citar y hacer comparecer a la **Sra Laura Viviana Mejia Muñoz** con CC 1053794425, la cual podrá ser citado en el correo electrónico geronimoocampo49@gmail.com o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

7.- Sírvase citar y hacer comparecer a la **Sra Monica Milena Lopez Sanchez** con CC 1055830616, la cual podrá ser citado en el correo electrónico monicam0586@hotmail.com o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que

declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

8.- Sírvase citar y hacer comparecer al **Sr Julian Buriticá Ruiz** con CC 1060267913, la cual podrá ser citado en el correo electrónico juliancho_0112@hotmail.com o juridica@cliniaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

9.- Sírvase citar y hacer comparecer a la **Sra Nataly Gallego Valencia** con CC 1053862182, la cual podrá ser citado en el correo electrónico natagv98@hotmail.com o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

10.- Sírvase citar y hacer comparecer al **Sr Andres Alberto Gonzales** con CC 1022955430, la cual podrá ser citado en el correo electrónico angra467@gmail.com o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

11.- Sírvase citar y hacer comparecer a la **Sra Manuela Serna Acevedo** con CC 1002652669, la cual podrá ser citado en el correo electrónico manuserna0216@gmail.com o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

12.- Sírvase citar y hacer comparecer a la **Sra Yesica Yulieth Murillo** con CC 1057759069, la cual podrá ser citado en el correo electrónico murilloyesica67@gmail.com o juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

13.- Sírvase citar y hacer comparecer a la **Sra Heidy Lorena Arévalo** con CC 1000459849, la cual podrá ser citado en el correo electrónico heyarevalo21@gmail.como juridica@clinicaospedalemanizales.com, para que declare sobre la atención médica brindada a la Sra - MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada desde su ingreso y hasta el deceso en la CLINICA OSPEDALE MANIZALES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos de lo expuesto en el libelo demandatorio.

PROCEDIMIENTO, CUANTIA Y COMPETENCIA

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 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A de cada una de las pretensiones de la demanda, por no existir responsabilidad alguna en los hechos objeto de esta.

2.- Se declare a CLINICA OSPEDALE MANIZALES 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 CLINICA OSPEDALE MANIZALES 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 CLINICA OSPEDALE MANIZALES 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 con su incidencia en el hecho generador del daño y el daño mismo

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 CHUBB DE COLOMBIA S.A
3. Poder general a mi nombre mediante escritura pública No 546 del 9 de abril de 2021 de la notaría segunda del circuito de Armenia, Quindío, registrada en la cámara de comercio de Manizales, Caldas, el 29 de abril de 2021 con el No 88913 del libro IX
4. Certificado de existencia y representación legal de CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A
5. Fotocopia cedula de ciudadanía del suscrito abogado
6. Fotocopia tarjeta profesional del suscrito abogado

NOTIFICACIONES.

Atenderé notificaciones tanto las personales como las de mi poderdante en el correo electrónico juridica@clinicaospedalemanizales.com y tobondavid31@gmail.com; o en la sede de la **CLINICA OSPEDALE MANIZALES** en Manizales, Caldas en la dirección Calle 51 No 24-50 tercer piso oficina juridica.

Al DEMANDANTE: en las direcciones de notificaciones las cuales se encuentran en el escrito de la demanda

Al APODERADO de la parte DEMANDANTE: en las direcciones de notificaciones las cuales se encuentran en el escrito de la demanda

A SANITAS EPS: en las direcciones de notificaciones las cuales se encuentran en el escrito de la demanda

Del Señor Juez, respetuosamente;

Byron David Tobón P.

BYRON DAVID TOBON PATIÑO
C.C. No. 1.053.808.594 de Manizales (Caldas)
T.P. No. 346730 del C.S de la J.
Móvil: 3148223501
Correo E: juridica@clinicaospedalemanizales.com y tobondavid31@gmail.com

Señor:
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES -CALDAS
E. S. D.
La ciudad.

PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00081-00
DEMANDANTE : MARIA ASCENETH BUITRAGO DE SALAZAR Y OTROS
DEMANDADO : CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A Y OTROS

ASUNTO: PRESENTACION DE PODER GENERAL

BYRON DAVID TOBON PATIÑO, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No 1.053.808.594 expedida Manizales, Caldas, con domiciliado en la ciudad de Manizales, y portador de la tarjeta profesional 346730 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de **APODERADO GENERAL** de la CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A. antes CLINICA VERSALLES, identificada con NIT 810003245-1, como consta en el certificado de existencia y representación, encontrándome debidamente facultado para ello, por medio del presente escrito y de conformidad a la escritura publica No 546 del 9 de abril de 2021 de la notaria segunda del circuito de Armenia, Quindío, registrada en la cámara de comercio de Manizales, Caldas, el 29 de abril de 2021 con el No 88913 del libro IX, la persona juridica CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A me ha conferido PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE facultándome respecto de los siguientes actos, derechos y obligaciones a saber

A) Para que inicie y lleve hasta su culminación procesos judiciales en cualquier lugar del país, ante cualquier corporación, sean estos declarativos, ejecutivos, de liquidación, ordinarios laborales, administrativos y de cualquier otra índole y ante cualquier jurisdicción o corporación, con facultades para iniciar procesos, notificar o contestar demandas, renunciar a términos, conciliar, desistir, transigir, sustituir, reasumirlo, pagar y recibir. B) Para que lleve hasta su culminación cualquier proceso de naturaleza jurídica o judicial, tales como reclamaciones o solicitudes ante particulares, cobros de cartera o requisitos de procedibilidad para el inicio de procesos judiciales o representación en ellos C) Para que someta a las decisiones de tribunales de arbitramento, constituidos de acuerdo a la Ley, o a la costumbre, los pleitos, dudas o diferencias relativas a los derechos y obligaciones del Poderdante y para que me represente en la sustitución de los juicios arbitrales respectivos. D) Para que represente al Poderdante en cualquier corporación, y ante cualquier funcionario o empleado de los órdenes legislativos, judicial y contencioso, administrativo en cualesquiera peticiones, actuaciones, actos, diligencias o gestiones que el Poderdante tenga que intentar o en las que tenga que intervenir directa o indirectamente, sea como demandantes o como demandados o como coadyuvante de cualquiera de las partes, ya sea para iniciar o seguir tales peticiones, juicios, actuaciones, diligencias, actos o gestiones. E) Para que desista únicamente de los juicios, gestiones o reclamaciones o actuaciones de naturaleza jurídica en que intervenga a nombre del Poderdante, de los recursos que en ella intervenga o interponga y de las articulaciones o incidentes que promueva, para que transija, concilie, renuncie a términos de ejecutoria, y en general lleve a cabo todas las actuaciones inherentes al cumplimiento de este mandato.

En desarrollo del presente mandato, solicito su señoría se me reconozca personería juridica para actuar como apoderado de la CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A antes CLINICA VERSALLES S.A.

Cordialmente,

Byron David Tobón P.

BYRON DAVID TOBON PATIÑO,
C.C. No. 1.053.808.594 de Manizales, Caldas
T.P 346730 del Consejo Superior de la Judicatura
APODERADO GENERAL
Clinica Ospedale Manizales S.A.
Correos de notificaciones:
juridica@clinicaospedalemanizales.com
tobondavid31@gmail.com

CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 28/06/2022 - 09:21:52
Recibo No. S000739557, Valor 6500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN c8AZ4YGBrE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siimanizales.confecamaras.co/cv.php y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A
Nit : 810003245-1
Domicilio: Manizales

MATRÍCULA

Matrícula No: 84553
Fecha de matrícula: 23 de febrero de 2000
Ultimo año renovado: 2022
Fecha de renovación: 16 de marzo de 2022
Grupo NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : Cll 51 24 50 - Versalles
Municipio : Manizales
Correo electrónico : contabilidad@clinicaospedalemanizales.com
Teléfono comercial 1 : 8879100
Teléfono comercial 2 : 8852649
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : Cll 51 24 50 - Versalles
Municipio : Manizales
Correo electrónico de notificación : juridica@clinicaospedalemanizales.com
Teléfono para notificación 1 : 8879100
Teléfono notificación 2 : 8852649
Teléfono notificación 3 : No reportó.

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

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 179 del 10 de febrero de 2000 de la Notaria 002 de Manizales, inscrito en esta Cámara de Comercio el 23 de febrero de 2000, con el No. 40528 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada CLINICA VERSALLES S.A.

REFORMAS ESPECIALES

Por Escritura Pública No. 1333 del 04 de marzo de 2021 de la Notaría Segunda de Manizales, inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de marzo de 2021, con el No. 88170 del Libro IX, se decretó Cambio de nombre de Clínica Versalles S.A. a Clínica Ospedale Manizales S.A

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 10 de febrero de 2099.

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. Parágrafo 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. Parágrafo 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. Parágrafo 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 compañía.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	$ 5.900.000.000,00

No. Acciones	5.900.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	$ 5.566.443.000,00
No. Acciones	5.566.443,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	$ 5.566.443.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

Administración: La sociedad tiene los siguientes órganos sociales: A) Asamblea General de accionistas; b) Junta Directiva; c) gerencia.

La representación legal de la compañía 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 LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

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, podrá suscribir y ejecutar cualquier acto o contrato, con limitación a un monto de 400 salarios mínimos mensuales legales vigentes, en los casos que el monto sea superior, el acto o el contrato será suscrito y ejecutado bajo autorización expresa de la Junta Directiva o Asamblea General de accionistas, para lo cual podrá representar judicial y extrajudicialmente a la compañía, 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. Parágrafo Único. 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 ellos abstenerse de participar por si o por interpuesta persona en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la sociedad en actos respecto de los cuales exista conflicto de intereses, salvo autorización expresa de la Asamblea General de accionistas.

El suplente del gerente solo ejercerá la representante legal de la compañía cuando este supliendo la falta absoluta o temporal del gerente, y cuando ejerza la gerencia en los términos del articulo 25. En virtud de lo dispuesto en los estatutos, tendrá todas las facultades y obligaciones del gerente de la sociedad.

Son atribuciones de la Junta Directiva, entre otras, las siguientes: - Abstenerse de participar por sí o por interpuesta persona en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la sociedad o en actos respecto de los cuales exista conflicto de interés, salvo autorización expresa de la Asamblea General de accionistas. - Facultar al gerente ejecutar cualquier acto o contrato con limitación a un monto de 400 salarios mínimos mensuales legales vigentes, en los casos que el monto sea superior, el acto o el contrato será suscrito y ejecutado bajo autorización expresa de la Junta Directiva o Asamblea General de accionistas.

Corresponde privativamente a la Asamblea General de accionistas el ejercicio de las siguientes atribuciones entre otras: - Reformar los estatutos. - adoptar en general todas las medidas que reclamen el cumplimiento de los estatutos, y el interés comÚn de los asociados. - las demás que le señalen la Ley o los estatutos, y las que no correspondan a otro órgano social. Parágrafo. Delegación. La Asamblea General de accionistas podrá con sujeción 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.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 53 del 30 de septiembre de 2021 de la Asamblea De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 08 de octubre de 2021 con el No. 90438 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	ANDRES GALLEGO OROZCO	C.C. No. 4.517.967

Por Extracto del Acta No. 52 del 16 de junio de 2021 de la Asamblea De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 28 de junio de 2021 con el No. 89506 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	BYRON DAVID TOBON PATIÑO	C.C. No. 1.053.808.594

JUNTA DIRECTIVA

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRINCIPALES		
PRIMER RENGLON	JUAN CARLOS MONCADA ESCOBAR	C.C. No. 10.109.088
SEGUNDO RENGLON	JOSE MAURICIO GAVIRIA HENAO	C.C. No. 71.653.276
TERCER RENGLON	LUIS FERNANDO JIMENEZ MEJIA	C.C. No. 75.090.033
SUPLENTES		
PRIMER RENGLON	DIEGO FERNANDO DIAZ GOMEZ	C.C. No. 10.132.978
SEGUNDO RENGLON	JORGE HUGO JIMENEZ MEJIA	C.C. No. 75.073.779

TERCER RENGLON	FELIPE JIMENEZ MEJIA	C.C. No. 75.098.330

Por Acta No. 13 del 27 de septiembre de 2004 de la Asamblea De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 06 de octubre de 2004 con el No. 46979 del libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	JUAN CARLOS MONCADA ESCOBAR	C.C. No. 10.109.088

Por Extracto del Acta No. 54 del 23 de marzo de 2022 de la Asamblea General De Accionistas , inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 09 de abril de 2022 con el No. 92353 del libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SEGUNDO RENGLON	JOSE MAURICIO GAVIRIA HENAO	C.C. No. 71.653.276

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	DIEGO FERNANDO DIAZ GOMEZ	C.C. 10.132.978

Por Acta No. 10 del 28 de marzo de 2004 de la Asamblea De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 09 de septiembre de 2004 con el No. 46883 del libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
TERCER RENGLON	LUIS FERNANDO JIMENEZ MEJIA	C.C. No. 75.090.033

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SEGUNDO RENGLON	JORGE HUGO JIMENEZ MEJIA	C.C. 75.073.779
TERCER RENGLON	FELIPE JIMENEZ MEJIA	C.C. 75.098.330

REVISORES FISCALES

Por Extracto del Acta No. 52 del 16 de junio de 2021 de la Asamblea De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 28 de junio de 2021 con el No. 89507 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL - FIRMA REVISORA	CROWE CO S.A.S	NIT No. 830.000.818-9	
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	CARMEN ELENA GAVIRIA GIRALDO	C.C. No. 24.341.799	191234-T

DESIGNADO POR FIRMA REVISORA

REVISOR FISCAL SUPLENTE LUISA FERNANDA GONZALEZ GIRALDO C.C. No. 1.053.822.074 260191-T
DESIGNADO POR FIRMA REVISORA

PODERES

Por Escritura Pública No. 546 del 09 de abril de 2021 de la Notaria Segunda Del Circuito de ARMENIA, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 29 de abril de 2021 con el No. 88913 del libro IX, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a **BYRON DAVID TOBON PATIÑO** identificado con CC. No. **1053808594**, para que Obrando en representación de Clínica Ospedale Manizales S.A para que realice los siguientes actos, derechos y obligaciones a saber: a) Para que inicie y lleve hasta su culminación procesos judiciales en cualquier lugar del país, ante cualquier corporación, sean estos declarativos, ejecutivos, de liquidación, ordinarios laborales, administrativos y de cualquier otra índole y ante cualquier jurisdicción o corporación, con facultades para iniciar procesos, notificar o contestar demandas, renunciar a términos, conciliar, desistir, transigir, sustituir, reasumirlo, pagar y recibir. b) Para que lleve hasta su culminación cualquier proceso de naturaleza jurídica o judicial, tales como reclamaciones o solicitudes ante particulares, cobros de cartera o requisitos de procedibilidad para el inicio de procesos judiciales o representación en ellos c) Para que someta a las decisiones de tribunales de arbitramento, constituidos de acuerdo a la ley, o a la costumbre, los pleitos, dudas o diferencias relativas a los derechos y obligaciones del poderdante y para que me represente en la sustitución de los juicios arbitrales respectivos. d) Para que represente al poderdante en cualquier corporación, y ante cualquier funcionario o empleado de los órdenes legislativos, judicial y contencioso, administrativo en cualesquiera peticiones, actuaciones, actos, diligencias o gestiones que el poderdante tenga que intentar o en las que tenga que intervenir directa o indirectamente, sea como demandantes o como demandados o como coadyuvante de cualquiera de las partes, ya sea para iniciar o seguir tales peticiones, juicios, actuaciones, diligencias, actos o gestiones. e) Para que desista únicamente de los juicios, gestiones o reclamaciones o actuaciones de naturaleza jurídica en que intervenga a nombre del poderdante, de los recursos que en ella intervenga o interponga y de las articulaciones o incidentes que promueva, para que transija, concilie, renuncie a términos de ejecutoria, y en general lleve a cabo todas las actuaciones inherentes al cumplimiento de este mandato.

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) E.P. No. 4227 del 15 de septiembre de 2004 de la Notaria Cuarta Manizales	46910 del 21 de septiembre de 2004 del libro IX
*) E.P. No. 3767 del 31 de mayo de 2017 de la Notaria Segunda Manizales	76930 del 31 de julio de 2017 del libro IX
*) E.P. No. 7312 del 20 de octubre de 2017 de la Notaria Segunda Manizales	77484 del 30 de octubre de 2017 del libro IX
*) E.P. No. 1333 del 04 de marzo de 2021 de la Notaria Segunda Manizales	88170 del 12 de marzo de 2021 del libro IX
*) E.P. No. 7129 del 06 de octubre de 2021 de la Notaria Sedunda De Manizales Manizales	90460 del 12 de octubre de 2021 del libro IX

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 MANIZALES POR CALDAS, los sábados **NO** son días hábiles.

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: Q8610
Actividad secundaria Código CIIU: L6810
Otras actividades Código CIIU: Q8621

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A CONSULTA EXTERNA 4 PISO
Matrícula No.: 170873
Fecha de Matrícula: 25 de febrero de 2015
Último año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : Kr 24 nro. 51 02 - Versalles
Municipio: Manizales

Nombre: CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A
Matrícula No.: 84554
Fecha de Matrícula: 23 de febrero de 2000
Último año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : Cll 51 24 50 - Versalles
Municipio: Manizales

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.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA

PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

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 : $56,920,847,427
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8610.

CERTIFICAS ESPECIALES

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 disolución o en el periodo de liquidación entre accionistas o accionistas y la compañía, con motivo del contrato social, será sometida a decisión arbitral. El árbitro será uno (1) designado de mutuo acuerdo. A falta de este, cualquiera de las partes podrá 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 cláusula se aplicaran las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

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

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA 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.

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.

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.

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

República de Colombia
SDO834844454

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO
NOTARÍA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE ARMENIA
Calle 19 14-25
Teléfono: 7355541 7355524

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO: 546

QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS

FECHA DE OTORGAMIENTO: NUEVE (09) DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO (2021)

DATOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA

NATURALEZA JURÍDICA DEL ACTO

ESPECIFICACIÓN	VALOR ACTO
PODER GENERAL PARA REPRESENTACIÓN JUDICIAL	SIN CUANTÍA
PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO	IDENTIFICACIÓN
DE: CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A.	NIT. 810.003.245-1
A: BYRON DAVID TOBÓN PATIÑO	C.C. 1.053.808.594
	T.P. No. 346.730 del C. S. de la J.

En la ciudad de Armenia, departamento del Quindío, República de Colombia, a los nueve (09) días del mes de abril de dos mil veintiuno (2021) ante mí, LUIS FERNANDO CASTELLANOS NIETO, NOTARIO SEGUNDO (2) DEL CÍRCULO DE ARMENIA, se otorgó la escritura pública de PODER GENERAL, que se consigna en los siguientes términos:

Compareció la doctora LUZ MARINA ESTRADA AGUDELO, mayor de edad, domiciliada en Armenia, identificada con la cédula de ciudadanía 42.794.735, quien obra en condición de Representante Legal de la sociedad denominada CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A., identificada con el NIT. 810.003.245-1, sociedad con domicilio principal en Manizales, legalmente constituida por escritura pública número 179 del 10/02/2000 otorgada en la Notaría 2 de Manizales, registrado en la Cámara de Comercio de Manizales bajo el número 40528 del libro IX del Registro Mercantil el 23 de febrero del 2000, constituida como "CLÍNICA VERSALLES S.A.", sociedad que por escritura pública número 1333 del 04/03/2021 otorgada en la Notaría 2 de Manizales, registrado en la Cámara de Comercio de Manizales bajo el número 88170 del libro IX del Registro Mercantil el 12 de marzo de 2021, cambió su nombre de CLÍNICA VERSALLES S.A. por CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A., conforme consta en el

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario
12/02/2021
AY1EU4GCVEIAQ0Y9
SEC335989283
SDO834844454
31/12/2020
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
PXAYLFYMDMP50SZW

Certificado de Existencia y Representación Legal que con este Instrumento se protocoliza; y dijo: ----------

PRIMERO: Que por medio de esta escritura pública confiere PODER GENERAL amplio y suficiente al abogado BYRON DAVID TOBÓN PATIÑO, mayor y vecino de esta ciudad, identificado con la C.C. 1.053.808.594 expedida en Manizales, Abogado en ejercicio con Tarjeta Profesional Número 346.730 del C.S. de la J., con dirección de notificación judicial Calle 50 # 24-50 para que represente a la CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A. en los siguientes actos, derechos y obligaciones a saber, ----------

A) Para que inicie y lleve hasta su culminación procesos Judiciales en cualquier lugar del país, ante cualquier corporación, sean estos declarativos, ejecutivos, de liquidación, ordinarios laborales, administrativos y de cualquier otra índole y ante cualquier jurisdicción o corporación, con facultades para iniciar procesos, notificar o contestar demandas, renunciar a términos, conciliar, desistir, transigir, sustituir, reasumirlo, pagar y recibir. ----------

B) Para que lleve hasta su culminación cualquier proceso de naturaleza jurídica o judicial, tales como reclamaciones o solicitudes ante particulares, cobros de cartera o requisitos de procedibilidad para el inicio de procesos judiciales o representación en ellos ----------

C) Para que someta a las decisiones de tribunales de arbitramento, constituidos de acuerdo a la ley, o a la costumbre, los pleitos, dudas o diferencias relativos a los derechos y obligaciones del Poderdante y para que me represente en la sustitución de los juicios arbitrales respectivos. ----------

D) Para que represente al Poderdante en cualquiera corporación, y ante cualquier funcionario o empleado de los órdenes legislativo, ejecutivo, judicial y contencioso administrativo en cualesquiera peticiones, actuaciones, actos, diligencias o gestiones que el Poderdante tenga que intentar o en las que tenga que intervenir directa o indirectamente, sea como demandantes o como demandados o como coadyuvante de cualquiera de las partes, ya sea para iniciar o seguir tales peticiones, juicios, actuaciones, diligencias, actos o gestiones. ----------

E) Para que desista únicamente de los juicios, gestiones o reclamaciones o actuaciones de naturaleza jurídica en que intervenga a nombre del Poderdante, de los recursos que en ella intervenga o interponga y de las articulaciones o incidentes que

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

17/12/2020

UIQYCI0I7WA55C6O

SDC434224192

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 OSPEDALE MANIZALES 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

República de Colombia
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
PAPEL AUTORIZADO POR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 2da DEL CIRCULO DE ARMENIA

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 179 DEL 10 DE FEBRERO DE 2000 OTORGADA POR 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 - RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

1) CLINICA VERSALLES S.A
Actual.) CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A

CERTIFICA - CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1333 DEL 04 DE MARZO DE 2021 OTORGADA POR Notaria Segunda DE MANIZALES, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 88170 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 12 DE MARZO DE 2021, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CLINICA VERSALLES S.A POR CLINICA OSPEDALE MANIZALES 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
AC-48	20200924	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	MANIZALES	RM09-87437	20201229
EP-1333	20210304	NOTARIA SEGUNDA	MANIZALES	RM09-88170	20210312

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

17/12/2020
8RGUFICQHG06Q12R
SDC534224191

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 FUSIONARSE 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 10,249,20

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

República de Colombia
Papel Notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
REPUBLICA DE COLOMBIA
RUTH ALEXANDRA VARGAS CARDONA
SECRETARIA GENERAL
NOTARIA SEGUNDA
MANIZALES - CALDAS

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 - REPRESENTACIÓN LEGAL

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

LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA COMPAÑÍA 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.

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

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, PODRÁ SUSCRIBIR Y EJECUTAR CUALQUIER ACTO O CONTRATO, CON LIMITACIÓN A UN MONTO DE 400 SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES,

17/12/2020
S3Q4U4D9Z0Y7D53F
SDC834224190

EN LOS CASOS QUE EL MONTO SEA SUPERIOR, EL ACTO O EL CONTRATO SERÁ SUSCRITO Y EJECUTADO BAJO AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LA JUNTA DIRECTIVA O ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, PARA LO CUAL PODRÁ REPRESENTAR JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE A LA COMPAÑÍA, 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. PARÁGRAFO ÚNICO. 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 ELLOS ABSTENERSE DE PARTICIPAR POR SI O POR INTERPUESTA PERSONA EN INTERÉS PERSONAL O DE TERCEROS, EN ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN COMPETENCIA CON LA SOCIEDAD EN ACTOS RESPECTO DE LOS CUALES EXISTA CONFLICTO DE INTERESES, SALVO AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

EL SUPLENTE DEL GERENTE SOLO EJERCERÁ LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA CUANDO ESTE SUPLIENDO LA FALTA ABSOLUTA O TEMPORAL DEL GERENTE, Y CUANDO EJERZA LA GERENCIA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTICULO 25. EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN LOS ESTATUTOS, TENDRÁ TODAS LAS FACULTADES Y OBLIGACIONES DEL GERENTE DE LA SOCIEDAD.

SON ATRIBUCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA, ENTRE OTRAS, LAS SIGUIENTES: - ABSTENERSE DE PARTICIPAR POR SÍ O POR INTERPUESTA PERSONA EN INTERÉS PERSONAL O DE TERCEROS, EN ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN COMPETENCIA CON LA SOCIEDAD O EN ACTOS RESPECTO DE LOS CUALES EXISTA CONFLICTO DE INTERÉS, SALVO AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. - FACULTAR AL GERENTE EJECUTAR CUALQUIER ACTO O CONTRATO CON LIMITACIÓN A UN MONTO DE 400 SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, EN LOS CASOS QUE EL MONTO SEA SUPERIOR, EL ACTO O EL CONTRATO SERÁ SUSCRITO Y EJECUTADO BAJO AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LA JUNTA DIRECTIVA O ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

CORRESPONDE PRIVATIVAMENTE A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS EL EJERCICIO DE LAS SIGUIENTES ATRIBUCIONES ENTRE OTRAS: - REFORMAR LOS ESTATUTOS. - ADOPTAR EN GENERAL TODAS LAS MEDIDAS QUE RECLAMEN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTATUTOS, Y EL INTERÉS COMÚN DE LOS ASOCIADOS. - LAS DEMÁS QUE LE SEÑALEN LA LEY O LOS ESTATUTOS, Y LAS QUE NO CORRESPONDAN A OTRO ÓRGANO SOCIAL. PARÁGRAFO. DELEGACIÓN. LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS PODRÁ CON SUJECIÓN 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	131116-T

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

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

NOMBRE ESTABLECIMIENTO : CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A CONSULTA EXTERNA 4 PISO

Papel exclusivo para uso exclusivo de copias de certificados expedidos por este despacho notarial
PAPEL AUTORIZADO POR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 2 MANIZALES

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 OSPEDALE MANIZALES 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.

17/12/2020

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.

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 jqCYr8twF7

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 ***

República de Colombia
papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial

0EB882C0HFNJ3U6O
SDC034224189
SDC034224189

NOTARÍA 2da DEL CÍRCULO DE ARAUCA

ESPACIO EN BLANCO

NOTARÍA 2da DEL CÍRCULO DE ARAUCA

ESPACIO EN BLANCO

República de Colombia
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial

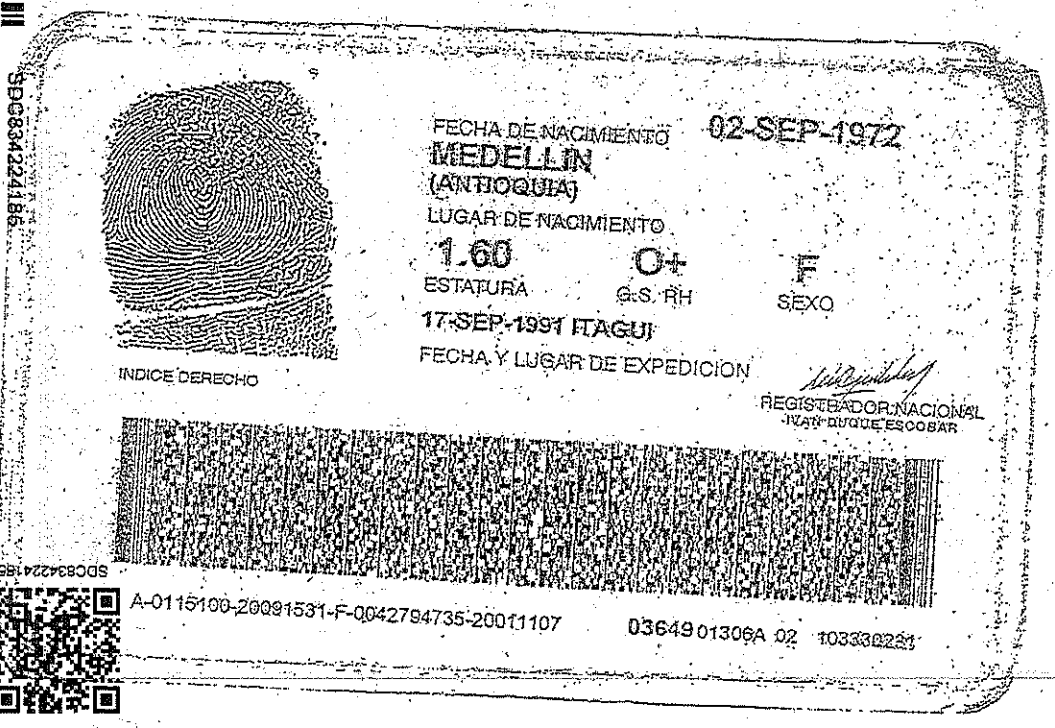
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42794735

ESTRADA AGUDELO
APELLIDOS

LUZ MARINA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1972
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

17-SEP-1991 ITAGUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

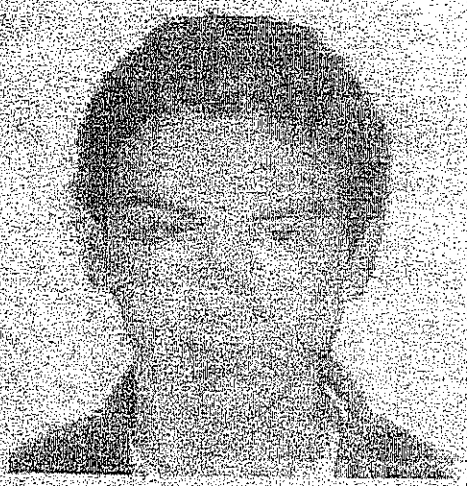
A-0115100-20091531-F-0042794735-20011107 03649 01306A 02 103330231

SDC834224185

17/12/2020 DGCB3OVJ73ET3JG8 SDC834224185

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.808.594
TOBON PATIÑO
APELLIDOS
BYRON DAVID
NOMBRES
Byron David Tobon
FIRMA



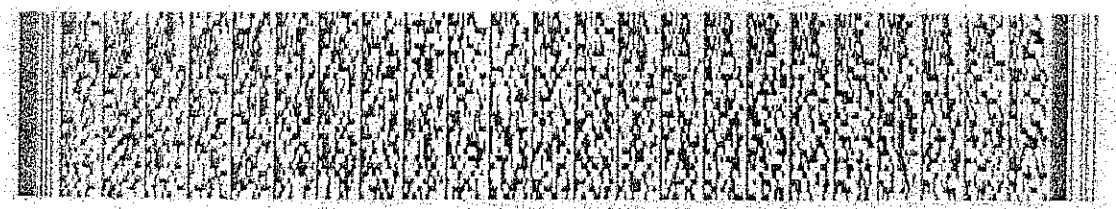
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-ENE-1991
SALAMINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-FEB-2009 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0900100-00161525-M-1053808594-20090706 0013119014A 1 30688225

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:
BYRON DAVID

APELLIDOS:
TOBON PATIÑO

Byron David Tobon P

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
DIANA ALEXANDRA REMOLINA BOTÍA

UNIVERSIDAD
DE MANIZALES

FECHA DE GRADO
26/06/2020

CONSEJO SECCIONAL
CALDAS

CEDULA
1053808594

FECHA DE EXPEDICIÓN
03/08/2020

TARJETA N°
346730

NOTARIA 2da DEL CIRCULO DE ARMENIA

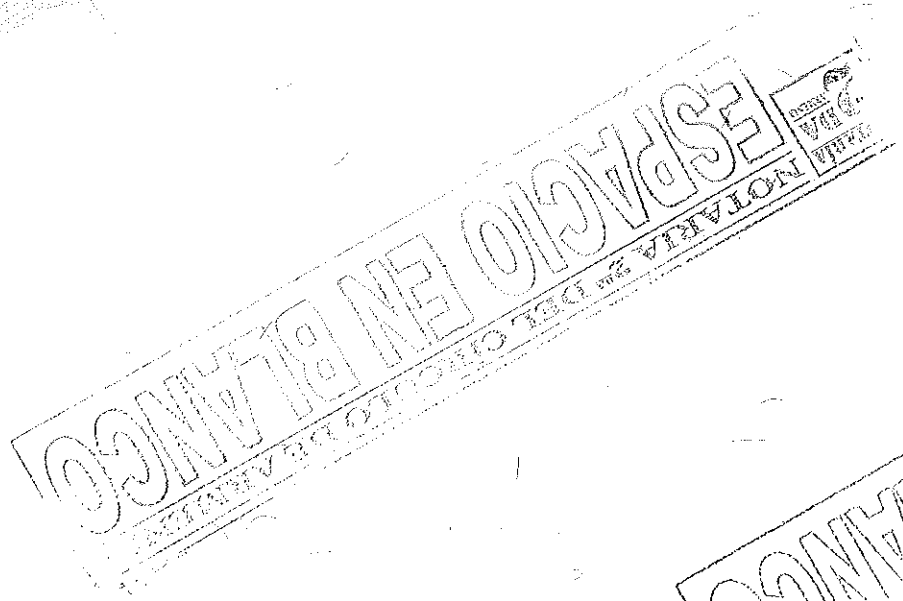
ESPACIO EN BLANCO

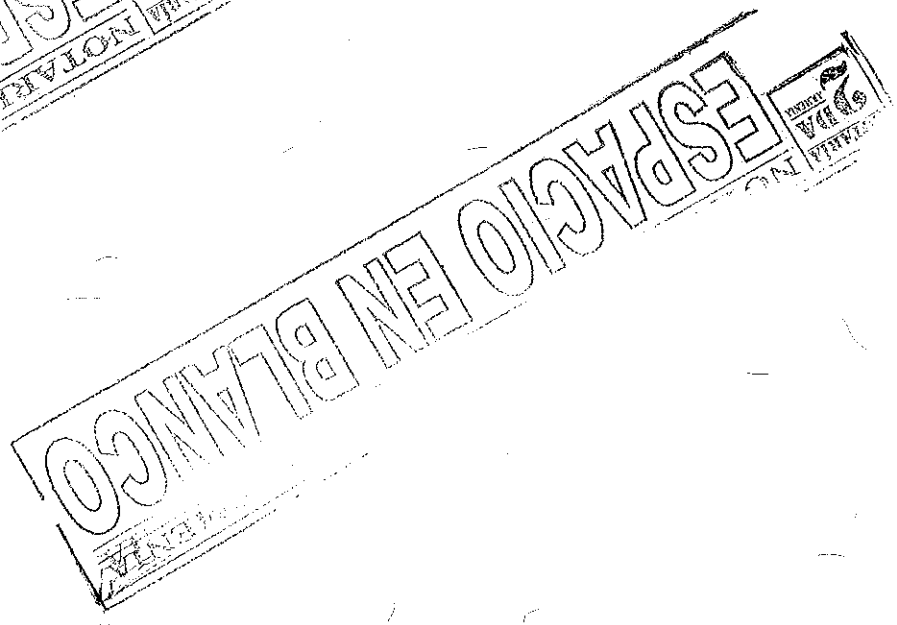
NOTARIA 2da ARMENIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
DESPACHO DEL SECRETARIO GENERAL
NOTARIA 2da DEL CIRCULO DE ARMENIA

República de Colombia

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas , certificados y documentos del archivo notarial





promueva; para que transija, concilie, renuncie a términos de ejecutoria, y en general lleve a cabo todas las actuaciones inherentes al cumplimiento de este mandato. ---- Manifiesta además el compareciente que este poder general deberá entenderse vigente hasta tanto no se otorgue su correspondiente revocatoria.----------

---------- VERIFICACIONES DE LOS COMPARECIENTES: ----------

Los comparecientes manifiestan: ----------

1. Revisión del texto. Que ha(n) verificado cuidadosamente su(s) nombre(s) y apellido(s), su(s) real(es) estado(s) civil(es), número(s) correcto(s) de su(s) documento(s) de identificación y de sus poderdantes y aprueba(n) este instrumento sin reserva alguna, en la forma como quedó redactado. ----------

2. Asunción de responsabilidad. Que las declaraciones consignadas en este instrumento corresponden a la verdad y en consecuencia, asume(n) la responsabilidad por cualquier inexactitud. ----------

3. Regularidad formal. Que conoce(n) la Ley y sabe(n) que el Notario responde solo de la regularidad formal de los instrumentos que autoriza, pero no de la veracidad de las declaraciones de los otorgantes, ni de la autenticidad de los documentos que forman parte de este instrumento. ----------

4. Correcciones y/o aclaraciones. Que solo solicitará(n) correcciones, aclaraciones o modificaciones al texto de la presente escritura en la forma y en los casos previstos por la ley. ----------

---------- ADVERTENCIAS DEL NOTARIO ----------

Se advirtió al otorgante: ----------

1. Que es responsables penal y civilmente en el evento que se utilice este instrumento con fines fraudulentos e ilegales. ----------

---------- ROGACIÓN, OTORGAMIENTO Y AUTORIZACIÓN ----------

Rogación. Advertidos del contenido del artículo 6° del Decreto Ley 960 de 1.970, los otorgantes insistieron en firmar este instrumento tal como está redactado. ----------

Otorgamiento. Leído el presente instrumento, el otorgante estuvo de acuerdo con él, lo aceptó en la forma como está redactado y lo firma en testimonio de que lo aprueba.

Autorización. Por lo anterior, la suscrita Notaria Segunda Encargada del Círculo Notarial de Armenia, autoriza el presente instrumento público. ----------

---------- DOCUMENTOS PROTOCOLIZADOS ----------

1. Copias de las cédulas de ciudadanía ----------

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial
SDO034844453
PMN9K1M6IEU02LBT
31/12/2020
12/02/2021
R5NNFOSZP21FILCR
SEC535989282
SEC535989282

La presente escritura pública ha quedado elaborada en las hojas de papel notarial número(s): SDO834844454, SDO034844453

RESOLUCIÓN 536 DEL 22/01/2021, MODIFICADA POR RESOLUCIÓN 545 DEL 25/01/2021 -

DERECHOS NOTARIALES: $ 62.700

IVA: $ 20.805

FONDO NACIONAL NOTARIADO: $ 6.800

SUPERNOTARIADO: 6.800

RETENCION EN LA FUENTE: $ 0

EXTENSIÓN Y COPIAS: $ 46.800

IDENTIFICACIÓN BIOMÉTRICA: $ 3.200

LUZ MARINA ESTRADA AGUDELO

OBRANDO REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A.

PODERDANTE

C.C. No. 42.791.735.

TEL 312 872 5563

DIRECCION / CIUDAD CL 1.ª 12-30 Edif. JA club, Armenia.

E-MAIL.: luzma.estrada@ospedale.com.co.

PROFESION U OFICIO Gerente. ACTIVIDAD ECONOMICA:

ESTADO CIVIL: Soltero.

PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE DECRETO 1674 DE 2016. SI __ NO X

CARGO: Rep. legal.

LUIS FERNANDO CASTELLANOS NIETO

NOTARIO SEGUNDO (2) DEL CÍRCULO DE ARMENIA

DMVB

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

SDC234213590

NOTARÍA 2DA ARMENIA

LUIS FERNANDO CASTELLANOS NIETO
NOTARIO

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guarda de la fe pública

Es fiel **PRIMERA** fotocopia tomada de la Escritura Pública número 546 del 09 de ABRIL del año **2021** de la Notaría Segunda de Armenia Quindío, que Consta de 09 hojas, copia autorizada por la Secretaria de conformidad al Decreto 1534 de 1917 con destino a:

INTERESADO

RUTH ALEXANDRA VALBUENA CAICEDO
SECRETARIA GENERAL
NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE ARMENIA

ESPACIO EN BLANCO
NOTARIA 2da DEL CIRCULO DE ARMENIA

República de Colombia
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial

SDC234213590
L46IMZQWYHO0WZ56
17/12/2020

NOTARIA 2da DEL CIRCULO DE ARMENIA

ESPACIO EN BLANCO

NOTARIA 2da DEL CIRCULO DE ARMENIA

ESPACIO EN BLANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.053.808.594**

TOBON PATIÑO

APELLIDOS

BYRON DAVID

NOMBRES

Byron David Tobon

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ENE-1991**

SALAMINA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-FEB-2009 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0900100-00161525-M-1053808594-20090706 **0013**119014A 1 30688225

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

Consejo Superior de la Judicatura

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:
BYRON DAVID

APELLIDOS:
TOBON PATIÑO

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
DIANA ALEXANDRA REMOLINA BOTÍA

Byron David Tobon P

UNIVERSIDAD
DE MANIZALES

FECHA DE GRADO
26/06/2020

CONSEJO SECCIONAL
CALDAS

CEDULA
1053808594

FECHA DE EXPEDICIÓN
03/08/2020

TARJETA N°
346730

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA - UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS

200053/0120

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: 04/02/2019 12:39:28p.m.

Lugar y Fecha: MANIZALES, CALDAS 04/02/2019 12:39:28p.m.

Documento y Nombre del Paciente: Paciente: 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS **Tipo de Usuario:**BENEFICIARIO RANGO A

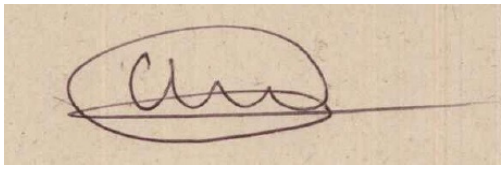
No Historia: 24338592

Tipo Orden: Ingreso

Via Ingreso: Urgencias

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Comentario: -- PACIENTE DE 34 AÑOS CON SECUELAS DE HIPOXIA PERINATAL* CON PARÁLISIS ESPÁSTICA* DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE Y ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ANGELES* CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU ABUELA* POR CUADRO CLÍNICO DE UN DÍA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOS DEPOSICIONES MELENICAS* Y ESCALOFRÍO. NO HA PRESENTADO FIEBRE NI OTROS SÍNTOMAS. TRAE REPORTE DE ENDOSCOPIA TOMADA EL 11/22/2018: REPORTA HERNIA HIATAL* ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ÁNGELES* GASTRITIS CRÓNICA HIATAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE TAQUICÁRDICA* SIN OTRAS ALTERACIONES. SE DECIDE HOSPITALIZAR EN OBSERVACIÓN.



DR. ANGELA MARIA GALVIZ VALENCIA
CC 30396488
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 16576

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

Código Plantilla:CMGURG01
Fecha Historia:04/02/2019 12:39 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 04/02/2019 12:39 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5534554
Atención: Urgencias

NOMBRE DE LA PLANTILLA
CONSULTA MEDICA GENERAL - URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 04/02/2019
Hora: 12:34
Historia: 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad: 34 Años
Sexo: Femenino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
Convenio: PGPURGENCIAS

CONSULTA DE URGENCIAS
EN CASO DE VIOLENCIA-ACCIDENTE O INTOXICACION
Describir Evento.: NO APLICA
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.: ME ESTA SALIENDO SANGRE POR EL RECTO
Enfermedad Actual: - PACIENTE DE 34 AÑOS CON SECUELAS DE HIPOXIA PERINATAL, CON PARÁLISIS ESPÁSTICA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE Y ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ANGELES, CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU ABUELA, POR CUADRO CLÍNICO DE UN DÍA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOS DEPOSICIONES MELENICAS, Y ESCALOFRÍO. NO HA PRESENTADO FIEBRE NI OTROS SÍNTOMAS. TRAE REPORTE DE ENDOSCOPIA TOMADA EL 11/22/2018: REPORTA HERNIA HIATAL, ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ÁNGELES, GASTRITIS CRÓNICA HIATAL.
Revisión por Sistemas: NIEGA
ANTECEDENTES.
Antecedentes Generales.: PATOLOGICOS: SECUELAS DE HIPOXIA PERINATAL, CON PARÁLISIS ESPÁSTICA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE, ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ANGELES QUIRURGICOS: HISTERECTOMÍA HACE 5 AÑOS, TOXICOS: NIEGA FARMACOS: ESOMEPRAZOL DE 20 MG GINECO-OBSTETRICOS: NIEGA OTROS:
Alérgicos.: NIEGA
SINGOS VITALES.
Tension Arterial.: 126/75
Frecuencia Cardíaca.: 116
Frecuencia Respiratoría: 20
Temperatura.: 36.5
SatO2: 96
Peso (kg).: 0

EXAMEN FISICO.
Cabeza y Cuello
Cabeza y Cuello: Normal.
Cabeza y cuello: NORMOCEFALA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATÍAS
Organos de los Sentidos
Organos de los Sentidos: Normal.
Organos de los Sentidos: PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ
Cardiopulmonar

Cardiopulmonar: Normal.
Cardiopulmonar.: TORAX NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS TAQUICÁRDICOS SINCRÓNICOS CON EL PULSO

Abdomen
Abdomen: Normal.
Abdomen: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

Genitourinario
Genitourinario: Normal.
Genitourinario: PUNTOS PIELOURETERALES NEGATIVOS, PUÑO EPRCUSIÓN NEGATIVA

Extremidades
Extremidades: Normal.
Extremidades: PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS, CON INCAPACIDAD PARA LA MARCHA. LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS, SIN EDEMA

Neurológico
Neurológico: Normal. **Neurologico:** SIN DÉFICIT

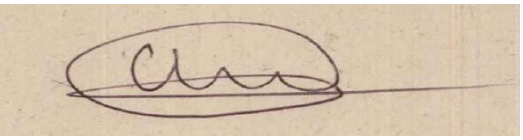
Piel y Anexos
Piel y Anexos: Normal. **Piel y Anexos:** HÚMEDA SIN ALTERACIONES

ANALISIS.
Describir Analisis.: -- PACIENTE DE 34 AÑOS CON SECUELAS DE HIPOXIA PERINATAL, CON PARÁLISIS ESPÁSTICA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE Y ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ANGELES, CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU ABUELA, POR CUADRO CLÍNICO DE UN DÍA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOS DEPOSICIONES MELENICAS, Y ESCALOFRÍO. NO HA PRESENTADO FIEBRE NI OTROS SÍNTOMAS. TRAE REPORTE DE ENDOSCOPIA TOMADA EL 11/22/2018: REPORTA HERNIA HIATAL, ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ÁNGELES, GASTRITIS CRÓNICA HIATAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE TAQUICÁRDICA, SIN OTRAS ALTERACIONES. SE DECIDE HOSPITALIZAR EN OBSERVACIÓN.

DIAGNOSTICOS CLINICOS.
Diagnosticos Clinicos Relacionados: IDX: SANGRADO DIGESTIVO ALTO SECUELAS DE HIPOXIA PERINATAL, CON PARÁLISIS ESPÁSTICA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE

PLAN DE MANEJO
Describir Plan de Manejo: -HOSPITALIZAR-NADA VIA ORAL -HARTMAN A 80 CC/H - DILUIR 2 AMPOLLAS EN 100 cc DE SSN Y PASAR EN BOLO EN 30 MINUTOS LUEGO SEGUIR EN INFUSION CONTINUA DILUYENDO 1 AMPOLLA EN 100 cc DE SSN PASANDO POR BOMBA DE INFUSION A 20 cc/h POR 72 HORAS- SE SOLICITA ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS- SE SOLICITA CUADRO HEMATICO - SE SOLICITA VALORACIÓN POR GASTRO- CONTROL DE SIGNOS VITALES- AVSIAR CAMBIOS -GRACIAS

DIAGNOSTICOS CIE-10
Dx. Principal: K922-HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA **Causa Externa:** ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: NO APLICA



DR. ANGELA MARIA GALVIZ VALENCIA
CC 30396488
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 16576

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:CMGURG02
Fecha Historia:04/02/2019 01:23 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 04/02/2019 01:23 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5534618
Registro de Admision No: 326415

clínica versalles por tu bien

NOMBRE DE LA PLANTILLA
INGRESO A OBSERVACION:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
IDENTIFICACION DEL PACIENTE

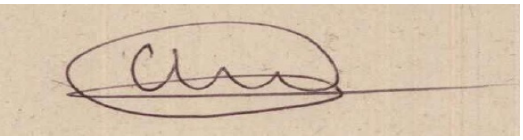
Fecha: 04/02/2019 **Hora:** 13:22
Historia: 24338592 **Nombre:** MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad: 34 Años **Sexo:** Femenino
Ocupacion: Otros oficinistas **E.A.P.B.:** ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
Convenio: PGPURGENCIAS

JUSTIFICACION DE LA OBSERVACION

Justifique: - PACIENTE DE 34 AÑOS CON SECUELAS DE HIPOXIA PERINATAL, CON PARÁLISIS ESPÁSTICA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE Y ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ANGELES, CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU ABUELA, POR CUADRO CLÍNICO DE UN DÍA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DEPOSICIONES MELENICAS, Y ESCALOFRÍO. NO HA PRESENTADO FIEBRE NI OTROS SÍNTOMAS. TRAE REPORTE DE ENDOSCOPIA TOMADA EL 11/22/2018: REPORTA HERNIA HIATAL, ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ÁNGELES, GASTRITIS CRÓNICA HIATAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE TAQUICÁRDICA, SIN OTRAS ALTERACIONES. SE DECIDE HOSPITALIZAR EN OBSERVACIÓN.

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: -HOSPITALIZAR-NADA VIA ORAL -HARTMAN A 80 CC/H - DILUIR 2 AMPOLLAS EN 100 cc DE SSN Y PASAR EN BOLO EN 30 MINUTOS LUEGO SEGUIR EN INFUSION CONTINUA DILUYENDO 1 AMPOLLA EN 100 cc DE SSN PASANDO POR BOMBA DE INFUSION A 20 cc/h POR 72 HORAS- SE SOLICITA ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS- SE SOLICITA CUADRO HEMATICO - SE SOLICITA VALORACIÓN POR GASTRO- CONTROL DE SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOS -GRACIAS



DR. ANGELA MARIA GALVIZ VALENCIA
CC 30396488
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 16576

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:04/02/2019 06:37 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 04/02/2019 06:37 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535081
Registro de Admision No: 326415

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

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.

Fecha: 04/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 18+36
Subjetivo
Describir: .
Objetivo
Describir: .
Análisis
Describir: FORMULACIÓN
Plan de Estudio y Manejo
Describir: .
EGRESO
Descripcion Casa: NA **Recomendaciones y Explicacion Enfermedad:** NA
Signos de Alarma.: NA **Formula:** NA

DR. SEBASTIAN TORO CHICA
CC 1053806379
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053806379

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:04/02/2019 07:21 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 04/02/2019 07:21 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535165
Registro de Admision No: 326415

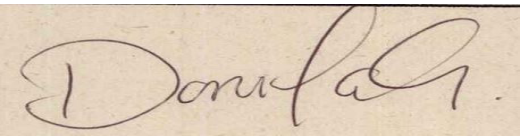
clínica versalles por tu bien

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

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 04/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 19+20
Subjetivo
Describir: SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION DE MEDICAMENTOS

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

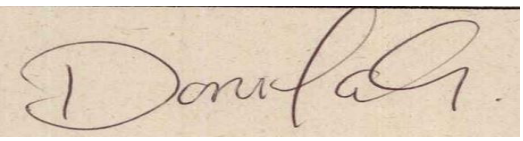
HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:04/02/2019 08:32 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 04/02/2019 08:32 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535264
Registro de Admision No: 326415

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

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 04/02/2019
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Sexo: Femenino
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
Historia: 24338592
Edad: 34 Años
Ocupacion: Otros oficinistas
Convenio: PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 20+27
Subjetivo
Describir: DIAGNOSTICOS PREVIOS:-HIPOXIA PERINATAL-PARALISIS ESPASTICA-ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ANGELES-HERNIA HIATALDIAGNOSTICOS DE MANEJO:-HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE REFIEREN SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS, EMESIS, DESVANECIMIENTO, TAQUICARDIA Y NEUVAS DEPOSICIONES MELENICAS. NIEGA NUEVA SINTOMATOLOGIA.
Objetivo
Describir: SV:TA:100/70 MM/HG, FC:85 LPM, FR:16 RPM, T:36.2 ºCNORMOCEFALA, MUCOSA ORAL ROSADA CON SIGNOS DE DESHIDRATACION LEVE, CUELLO SIN MASAS NI ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN EVIDENCIA DE DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE, EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMA, PULSOS SIMETRICOS DE ADECUADA AMPLITUD, LLENADO CAPILAR MENOR DE DOS SEGUNDOS, ALERTA, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA, TONO MUSCULAR AUMENTADO, SENSIBILIDAD CONSERVADA, PIEL SIN ALTERACIONES.HEMOGRAMA: LEUCOCITOS:7.29, HB:12.8, HTO.38.8, NUETROFILOS 4.26, PLAQUETAS:240.
Análisis
Describir: PACIENTE DE 34 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE HIPOCIA PERINATAL Y PARALISIS ESPASTICA, DISCAPACIDAD COGNITIVA GRAVE Y ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ANGELES POR ENDOSCOPIA DEL 22-11-18, CON CUADRO CLINICO DE DOS DIAS DE UN DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TRES DEPOSICIONES MELENICAS, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE, HEMATEMESIS, DESVANECIEMINTO U OTRA SINTOMATOLOGIA. ACOMPAÑANTE TRAE REPORTE DE EDVA QUE REPORTA HERNIA HIATAL, ESOFAGITIS GRADO D DE LOS ÁNGELES, GASTRITIS CRÓNICA HIATAL.EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE CLINICAMENTE, NIEGA NUEVAS DEPOSICIONES MELENICAS NI OTRA SINTOMATOLOGIA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN TAQUICARDIA, SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN FISICO, HEMOGRAMA CON HEMOGLOBINA EN 12.8, DEMAS PARAMETROS DENTRO DE NORMALIDAD. PACIENTE CON HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA, CONTINUA CON GASTROPROTECCION POR 72 HORAS, PENDIENTE EVDA Y VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA.
Plan de Estudio y Manejo
Describir: -OBSERVACION-SIN VIA ORAL-LACTATO RINGER 100 CC/H IV-OMEPRAZOL EN INFUSION CONTINUA , DILUIR UNA AMPOLLA EN 100 CC DE SSN , PASAR EN BOMBA DE INFUSION A 20 CC/H IV POR 72 HORAS-PENDIENTE EVDA-PENDIENTE DE VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA-SIGNOS VITALES -GLUCOMETRIAS CADA 8 HORAS
EGRESO
Descripcion Casa: NA
Signos de Alarma.: NA
Recomendaciones y Explicacion Enfermedad: NA
Formula: NA



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

HISTORIA CLINICA

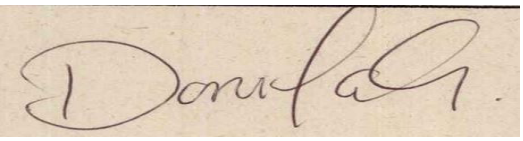
Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:05/02/2019 12:16 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 12:16 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535444
Registro de Admision No: 326415

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

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 05/02/2019
Historia: 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad: 34 Años
Sexo: Femenino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
Convenio: PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 12+16
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:05/02/2019 02:56 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 02:56 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535496

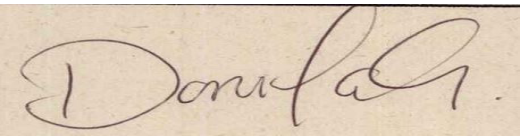
Registro de Admision No: 326415

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

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 05/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 03+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:05/02/2019 10:10 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 10:10 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535850
Registro de Admision No: 326415

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

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 05/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 10+08
Subjetivo
Describir: Idx1. Hernia hiatal gigante2. Esofagitis grado C3. Gastritis aguda leve antral4. Melenas?Paciente en camilla, en compañia de familiar, refiere verla bien, sin dolor precrodial no signos de bajo gastro, sin via oral, diruesis normales, no deposicion en el dia de hoy.

patron del sueño conservado.

Objetivo

Describir: SV: PA: 100/80 FC 103 FR: 16 ASPO2: 96% FIO2: 21% T: 36.5°CAparentes estables condiciones generales, consciente, alerta, orientada, afebril, no facies algicas, sin signos de dificultad respiratoria, normocefala, cuello centrado, movil, no doloroso, sin masas o adenopatias, no IY.Isocoria normorreactiva, escleras anictericas, otoscopia conducto permeable, sin lesiones en membrana, mucosa oral humeda y rosada, amigdalas eutroficas, sin lesiones yugales. torax simetrico, expansible, ruidos cardiacos ritmicos de tono e intensidad adecuados, sincronicos con el pulso, no ausculto soplos, murmullo vesicular de buena intensidad y simetrico sin ruidos sobreagregados. abdomen Blando, depresible, no doloroso, sin masas o visceromegalias, no signos de irritacion peritoneal, no signos apendiculares, peristaltismo positivo. extremidades parcialmente moviles, sin edemas, llenado capilar menor a 2 segundos, pulsos perifericos de buena intensidad y simetrico, nv distal conservado neurologico siin deficit o focaliazacion neurologica, no paresisas ni hemiparesias, pares craneanos indemnes, glasgow 15/15, no signos meningeos

Análisis

Describir: Paciente en la cuarta decada de la vida, con diagnosticos y antecedentes anotados, en el servicio por cuadro de deposiciones melenicas, con hemograma inicial normal, solicitan EVDa pero sin realizacion de escala blatchfort, EVDA reporta 1. Hernia hiatal gigante 2. Esofagitis grado C 3. Gastritis aguda leve antral, en el momento con tendencia hacia la taquicardia, sin otras alteraciones, no dolor ni signos de bajo gastro, se solicita hemograma de control verificar nivles de hemoglobina, realizacion escala blatford descartar sangrado activo en vias bajas, por el momento igual manejo.4

Plan de Estudio y Manejo

Describir: ObservacionNada via oralCabecera 30°Ringer 100 cc/h Omeprazol en infusion continua , diluir una ampolla en 100 cc de ssn , pasar en bomba de infusion a 20 cc/h iv por 72 horas,, suspender,,SS hemograma, creatinina, bunPendiente de valoracion por gastroenterologiaControl signos vitalesAvisar cambiosGracias

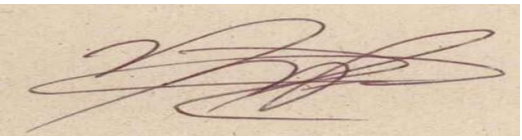
EGRESO

Descripcion Casa: NA

Recomendaciones y Explicacion Enfermedad: NA

Signos de Alarma.: NA

Formula: NA



DR. NIKOLAS DAVID ZULUAGA MORALES
CC 1053813930
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053813930

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:05/02/2019 11:42 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 11:42 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5536034
Registro de Admision No: 326415

clínica versalles por tu bien

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

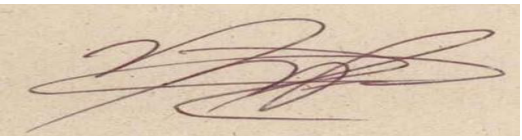
NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.

Fecha: 05/02/2019
Historia: 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad: 34 Años
Sexo: Femenino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
Convenio: PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.

HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 11+41

Objetivo
Análisis
Describir: Reporte de paraclinicosBUN: 8.1 CR 0.3 HB: 11.5 HCTO: 35.2 LEUCOS: 6.8 N: 69% L: 18.5% PQTAS: 174.000 descenso de 1 gramo de hemoglobina, con perfil renal normal, valorad por gastroenterolgia quien solicita hemogrtama de control mañana, si descenso de hemoglobina se define necesida de colonoscopia
Plan de Estudio y Manejo
Describir: SS hemograma de control mñanaResto igual.
EGRESO
Descripcion Casa: NA **Recomendaciones y Explicacion Enfermedad:** NA
Signos de Alarma.: NA **Formula:** NA



DR. NIKOLAS DAVID ZULUAGA MORALES
CC 1053813930
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053813930

HISTORIA CLINICA

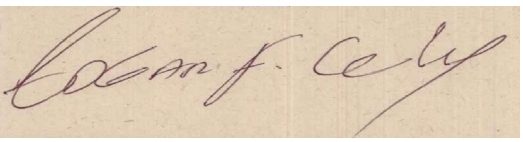
Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:05/02/2019 04:48 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 04:48 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5536471
Registro de Admision No: 326415

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

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 05/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 16+48
Subjetivo
Describir: MEDICACION

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



DR. EDGAR FRANCISCO CELY ENCISO
CC 1110498709
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1110498709

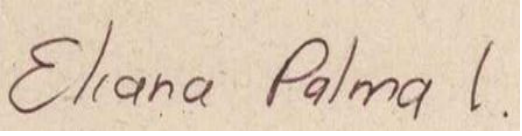
HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:05/02/2019 11:32 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 11:32 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5536995
Registro de Admision No: 326415

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

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 05/02/2019
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Sexo: Femenino
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
Historia: 24338592
Edad: 34 Años
Ocupacion: Otros oficinistas
Convenio: PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 21+27
Subjetivo
Describir: DX: HERNIA HIATAL GIGANTE ESOFAGITIS GRADO C GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL MELENASPACIENTE EN COMPAÑÍA DE SU ABUELA QUIEN COMENTA SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. SIN NUEVAS DEPOSICIONES. NIEGA FIEBRE.
Objetivo
Describir: S.V: P.A:106/68 F.C 108 FR:20 T:36PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, NORMOCEFALA, MUCOSA ORAL ROSADA, CUELLO SIN MASAS NI ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN EVIDENCIA DE DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE, EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMA, PULSOS SIMETRICOS DE ADECUADA AMPLITUD, LLENADO CAPILAR MENOR DE DOS SEGUNDOS, PIEL SIN ALTERACIONES.
Análisis
Describir: PACIENTE CON SECUELAS DE HIPOXIA PERINATAL, PARÁLISIS ESPÁSTICA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE CON CUADRO CLÍNICO DE DOS DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DEPOSICIONES MELÉNICAS, ASOCIADAS A TAQUICARDIA. EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN NUEVAS DEPOSICIONES. EN EXAMEN FÍSICO CONTINÚA LEVEMENTE TAQUICÁRDICA, SIN OTRAS ALTERACIONES. SE REALIZÓ ENDOSCOPIA QUE REPORTA HERNIA HIATAL GIGANTE , ESOFAGITIS GRADO C , GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL, Y EN HEMOGRAMA DE CONTROL SE OBSERVA DESCENSO DE 1 GR DE HB POR INDICACIÓN DE GASTRO SE SOLICITA HEMOGRAMA MAÑANA PARA DEFINIR COLONOSCOPIA.
Plan de Estudio y Manejo
Describir: OBSERVACIÓNLACTATO DE RINGER 100 CC/H CONTROL DE SIGNOS VITALESAVISAR CAMBIOS GRACIAS
EGRESO
Descripcion Casa: NA
Signos de Alarma.: NA
Recomendaciones y Explicacion Enfermedad: NA
Formula: NA



DR. ELIANA ANDREA PALMA LOPEZ
CC 1110496723

Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1110496723

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:06/02/2019 12:11 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 06/02/2019 12:11 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5537021
Registro de Admision No: 326415

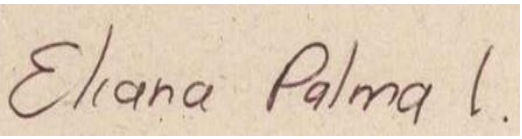
NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 06/02/2019
Historia: 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad: 34 Años
Sexo: Femenino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
Convenio: PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 12+11

Objetivo
Análisis
Describir: FORMULACION

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



DR. ELIANA ANDREA PALMA LOPEZ
CC 1110496723
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1110496723

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:06/02/2019 07:56 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 06/02/2019 07:56 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5537280
Registro de Admision No: 326415

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

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.

Fecha: 06/02/2019
Historia: 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad: 34 Años
Sexo: Femenino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
Convenio: PGPURGENCIAS

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 07+50

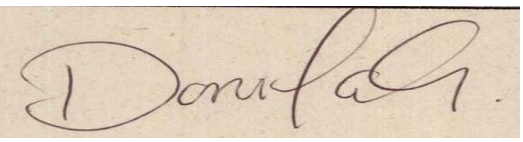
Subjetivo
Describir: DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE.ESOFAGITIS GRADO CGASTRITIS AGUDA LEV ANTRAL PACIENTE INDICA SENTIRSE BIEN, SIN DOLOR, SIN NUEVOS EPISODIOS MELENICOS, NI HEMATEMESIS

Objetivo
Describir: SIGNOS VITALES: TA:140/80 FC: 90 SAT:95PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO, PATRON RESPIRATORIO ADECUADO, MURMULLO VESICULAR LIMPIO SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO SIN SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MASAS O MEGALIAS, EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMAS, NEUROLOGICO PARALISIS ESPASTICA.

Análisis
Describir: PACIENTE DE 34 AÑOS, ANTECEDENTES MEDICOS YA ANOTADOS, CUADRO CLINICO ACTUAL DE DEPOSIONES MELENICAS CON HEMOGLOBINA ESTABLE DURANTE SU ESTANCIA ESTUDIO ENDOSCIOPICO DEL DIA DE AYER HERNIA HIATAL GRANDE.ESOFAGITIS GRADO CGASTRITIS AGUDA LEV ANTRAL, SE DEJA EN EL SERVICIO PARA TOMA DE HEMOGLOBINA CONTROL EL CUAL REPORTA 11.5 CON HTO: 34.0 IGUAL QUE LA TOMADA EL DIA DE AYER, DADO LO ANTERIOR Y ANTE AUSENCIA DE DE NUEVOS EPISODIOS MELENICOS Y ESTABILIDAD HEMODINAMICA SE DA ORDEN DE MANEJO EN CASA CON IBP, SIGNOS DE ALARMA COMO: NUEVOS EPISODIOS DE DEPOSICIONES NEGRAS, VOMITO NEGRO, SANGRADO ACTIVO POR BOCA O ANO, DEBILIDAD, MAREO, PALIDEZ GENERALIZADA.

Plan de Estudio y Manejo
Describir: ALTA MEDICAMEDICAMENTOS DOMICILIARIOSSIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES YA ANOTADOS.

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

Código Plantilla:MEDIESP
Fecha Historia:05/02/2019 11:24 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 11:24 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535995
Registro de Admision No: 326415

NOMBRE DE LA PLANTILLA
CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
Datos del paciente
Fecha: 05/02/2019
Historia: 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad: 34 Años
Sexo: Femenino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A
Convenio: PGPURGENCIAS
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 11:30
Datos de la Consulta
Escriba su Especialidad: GASTROENTEROLOGIA
Datos Subjetivos: Paciente con sospecha de sangrado digestivo por presencia de melenas.04/02/2019 HB 12.805/22/2019 HB 11.5
Datos Objetivos (Examen Fisico): Paralisis espastica.Auscultacion cardiopulmonar normalAbdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación
Impresion Diagnostica
Dx. Principal: k922-HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA
Diagnositcos Clinicos: Sangrado digestivo??
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Plan de Tratamiento: Dejar en observacion, HB de control mañana, de acuerdo al resultado se definira la necesidad de colonoscopia
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Se presento algun evento adverso en la Atención ?
Se presento algun evento adverso en la Atención ?: No

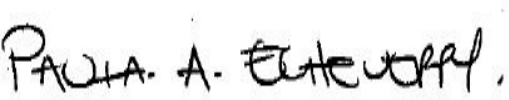
DR. ANGEL PINZON ALBERTO
CC 10251566
Especialidad. GASTROENTEROLOGIA
Registro. 1662

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

Código Plantilla:NEURG-001
Fecha Historia:04/02/2019 02:19 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 04/02/2019 02:19 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5534674
Registro de Admision No: 326415

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA DE INGRESO A URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 04/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Direccion:** CLL 29 28 27
Telefono: 3114399746 3136856997 **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS
Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 14:14
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 PROCEDENTE DE SU CASA EN SILLA DE RUEDAS, CONCIENTE ORIENTADA, AFEBRIL, PUPILAS ISOCORICAS, MUCOSAS HÚMEDAS, SIN SOPORTE DE OXIGENO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CUELLO MOVIL, TORAX SIMÉTRICO, ABDOMEN BLANDO LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS MÓVILES, SE UBICA EN OBSERVACIÓN Y SE CANALIZA EN DORSO DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON CATÉTER NUMERO 20 ÚNICA PUNCIÓN, SE TOMAN MUESTRAS DE LABORATORIOS, SE ADMINISTRA TRATAMIENTO MEDICO. SE DA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL PACIENTE, SE PRESENTA EQUIPO DE ENFERMERÍA, SE PONE Y SE EXPLICA MANILLA DE IDENTIFICACION, SE ENTREGAN FORMATOS Y SE BRINDA EDUCACION SOBRE DERECHOS Y DEBERES, CUIDADOS GENERALES, PREVENCION DE CAIDAS Y ULCERAS POR PRESION
Oxigeno
Oxigeno: No
Acceso Venoso.
Acceso Venoso.: No
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: CUIDADOS CON ACCESO VENOSOCONTROL DE SIGNOS VITALESCUIDADOS CON PIEL Y MEDIDAS ANTIESCARASPOSICIÓN FOWLERACTIVIDADES ASISTIDASBARANDAS ARRIBAACOMPAÑANTE PERMANENTE
Reingreso
Reingreso: No **Por la Misma Causa:**
Diligenciar Formato:: **RC-004-V2 15-01-2009:**
Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO: **Diligenciar Formato::**

RC-004-V2 15-01-2009:
Custodia de Objetos Personales
Si su respuesta es positiva Favor: **Diligenciar Formato::**
RC-051 V2 06-03-2009:

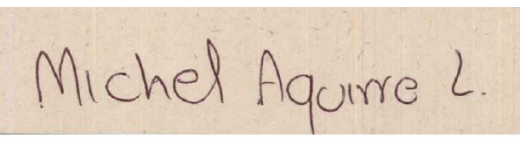


ENF. PAULA ANDREA ECHEVERRY ZAPATA
CC 1053776735
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 37963

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:04/02/2019 06:54 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 04/02/2019 06:54 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535123
Registro de Admision No: 326415

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA CORTA ENFERMERIA EN LA ATENCION DE URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 04/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Direccion:** CLL 29 28 27
Telefono: 3114399746 3136856997 **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS
Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 18:53
Comentarios de Enfermeria
Describir: PACIENTE QUE PASA LA TARDE TRANQUILA ENTREGO PACIENTE EN CAMILLA EN ESTABLES CONDICONES GENERALES CONSCIENTE , ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA GLASGOW 15-15 , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, CAVIDAD ORAL LIMPIA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE, ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN DORSO PERMEABLE PASANDO LIQUIDOS E INFUSION DE OMEPRAZOL SEGUN PROTOCOLO SIN SIGNOS DE EDEMA NI FLEBITIS , CON ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, ELIMINANDO ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL, EXTREMIDADES MOVILES SIMETRICAS SIN SIGNOS DE EDEMA NI EQUIMOSIS, PIEL INTEGRA.DX:SANGRADO DIGESTIVOPENDIENTE: EVDACUIDADOS DE ENFERMERIA:CUIDADOS CON ACCESO VENOSO BARANDAS ARRIBA.MEDIDAS ANTI NEUMONICAS (ACTIVIDAD CAMA, SILLA)VIGILAR DOLOR Y/O DISTENSION ABDOMINAL.GLUCOMETRIAS CADA 8 HORAS.ASEO CAVIDAD ORAL 3 VECES AL DIA CUIDADOS CON PIEL.CUIDADOS CON LA MOVILIZACIONSIGNOS VITALESACOMPAÑANTE PERMANENTEINSENTIVAR DEMABULACIONVIGILAR PATRON RESPIRATORIA
Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO: **Diligenciar Formato::**
RC-004-V2 15-01-2009:



ENF. MICHEL ESTEFANIA AGUIRRE LONDOÑO
CC 1054997830
Especialidad. ENFERMERIA

Registro.

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:04/02/2019 08:09 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 04/02/2019 08:09 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535234
Registro de Admision No: 326415

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

Fecha: 04/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Direccion:** CLL 29 28 27
Telefono: 3114399746 3136856997 **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 20:05

Comentarios de Enfermeria
Describir: RECIBO PACIENTE EN CAMILLA EN ESTABLES CONDICONES GENERALES CONSCIENTE , ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA GLASGOW 15-15 , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, CAVIDAD ORAL LIMPIA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE, ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN DORSO PERMEABLE PASANDO LIQUIDOS E INFUSION DE OMEPRAZOL SEGUN PROTOCOLO SIN SIGNOS DE EDEMA NI FLEBITIS , CON ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, ELIMINANDO ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL, PARALISIS ESPASTICA DX:SANGRADO DIGESTIVOPENDIENTE: EVDACUIDADOS DE ENFERMERIA:CUIDADOS CON ACCESO VENOSO BARANDAS ARRIBA.MEDIDAS ANTI NEUMONICAS (ACTIVIDAD CAMA, SILLA)VIGILAR DOLOR Y/O DISTENSION ABDOMINAL.GLUCOMETRIAS CADA 8 HORAS.ASEO CAVIDAD ORAL 3 VECES AL DIA CUIDADOS CON PIEL.CUIDADOS CON LA MOVILIZACIONSIGNOS VITALESACOMPAÑANTE PERMANENTEVIGILAR PATRON RESPIRATORIA

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

_____
ENF. AURA CRISTINA OSORIO AGUDELO
CC 1053843155
Especialidad. ENFERMERIA
Registro.

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:05/02/2019 06:35 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 06:35 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535603
Registro de Admision No: 326415

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

Fecha: 05/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Direccion:** CLL 29 28 27
Telefono: 3114399746 3136856997 **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 06:33

Comentarios de Enfermeria
Describir: PACIENETE QUE PASA EL RESTO DE LA NOCHE EN ESTABLES CONDICONES GENERALES CONSCIENTE , ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA GLASGOW 15-15 , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, CAVIDAD ORAL LIMPIA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE, ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN DORSO PERMEABLE PASANDO LIQUIDOS E INFUSION DE OMEPRAZOL SEGUN PROTOCOLO SIN SIGNOS DE EDEMA NI FLEBITIS , CON ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, ELIMINANDO ESPONTANEAMENTE EN PATO, EXTREMIDADES MOVILES SIMETRICAS SIN SIGNOS DE EDEMA NI EQUIMOSIS, PACIENETE CO PARALISIS PIEL INTEGRA.DX:SANGRADO DIGESTIVOPENDIENTE: EVDACUIDADOS DE ENFERMERIA:CUIDADOS CON ACCESO VENOSO BARANDAS ARRIBA.MEDIDAS ANTI NEUMONICAS (ACTIVIDAD CAMA, SILLA)VIGILAR DOLOR Y/O DISTENSION ABDOMINAL.GLUCOMETRIAS CADA 8 HORAS.ASEO CAVIDAD ORAL 3 VECES AL DIA CUIDADOS CON PIEL.CUIDADOS CON LA MOVILIZACIONSIGNOS VITALESACOMPAÑANTE PERMANENTEVIGILAR PATRON RESPIRATORIA

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

ENF. DANIELA SALAZAR CORREA
CC 1053835381
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 17-049-0159-15

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:05/02/2019 09:02 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 09:02 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5535752
Registro de Admision No: 326415

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

Fecha: 05/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Direccion:** CLL 29 28 27
Telefono: 3114399746 3136856997 **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 09:01

Comentarios de Enfermeria
Describir: 07+00 RECIBO PACIENTE EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA, TIEMBRE DE LLAMADO DE ENFERMERIA A LA

MANO,TABLERO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO, FRENOS DE SEGURIDAD, MANILLA DE IDENTIFICACION, PACIENTE QUE SE OBSERVA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE OBSERVA CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , AFEBRIL E HIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , MUCOSA ORAL HUMEDA Y LIMPIA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIEDO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS NI INFECCION PASANDO INFUSION DE OMEPRAZOL A 20CC/H, ELIMANDO EN BAÑO DE FORMA ESPONTANEA EN PATO , EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMA NI ERITEMA ,PIEL INTEGRA.PENDIENTES : REALIZACION DE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS CUIDADOS DE ENFEREMERIA:CUIDADOS CON ACCESO VENOSO BARANDAS ARRIBA.MEDIDAS ANTI NEUMONICAS (ACTIVIDAD CAMA, SILLA)VIGILAR DOLOR Y/O DISTENSION ABDOMINAL.GLUCOMETRIAS CADA 8 HORAS.ASEO CAVIDAD ORAL 3 VECES AL DIA CUIDADOS CON PIEL.SIGNOS VITALES

Programa de Seguridad del Paciente

SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO: **Diligenciar Formato::**

RC-004-V2 15-01-2009:

Diana Yaneth Guzmán Castro
C.C. 38070986

ENF. AUX DIANA YANETH GUZMAN CASTRO
CC 38070986
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 35260

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:05/02/2019 07:05 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 05/02/2019 07:05 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5536684
Registro de Admision No: 326415

clínica versalles por tu bien

NOMBRE DE LA PLANTILLA

NOTA CORTA ENFERMERIA EN LA ATENCION DE URGENCIAS:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Fecha: 05/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Direccion:** CLL 29 28 27
Telefono: 3114399746 3136856997 **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

Hora de la Atención

Hora en Formato Militar: **Hora::** 19:02

Comentarios de Enfermeria

Describir: ENTREGO PACIENTE EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA, TIEMBRE DE LLAMADO DE ENFERMERIA A LA MANO,TABLERO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO, FRENOS DE SEGURIDAD, MANILLA DE IDENTIFICACION, PACIENTE QUE PASA EN ESTAABLES CONDICIONES GENERALES DURANTE EL DIA SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION SE HIDRATA LA PIEL, CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , AFEBRIL E HIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , MUCOSA ORAL HUMEDA Y LIMPIA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIEDO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS NI INFECCION ELIMANDO EN PATO DE FORMA ESPONTANEA EN PATO , EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMA NI ERITEMA ,PIEL INTEGRA.PENDIENTES : HOSPITALIZAR CUIDADOS DE ENFEREMERIA:CUIDADOS CON ACCESO VENOSO BARANDAS ARRIBA.MEDIDAS ANTI NEUMONICAS (ACTIVIDAD CAMA, SILLA)VIGILAR DOLOR Y/O DISTENSION ABDOMINAL.GLUCOMETRIAS CADA 8 HORAS.ASEO CAVIDAD ORAL 3 VECES AL DIA CUIDADOS CON PIEL.SIGNOS VITALES

Programa de Seguridad del Paciente

SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO: **Diligenciar Formato::**
RC-004-V2 15-01-2009:

Diana Yaneth Guzmán Castro
C.C. 38070986

ENF. AUX DIANA YANETH GUZMAN CASTRO
CC 38070986
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 35260

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:06/02/2019 06:00 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 06/02/2019 06:00 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5537109
Registro de Admision No: 326415

clínica versalles por tu bien

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

Fecha: 06/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Direccion:** CLL 29 28 27
Telefono: 3114399746 3136856997 **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS

Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 06:00

Comentarios de Enfermeria
Describir: ENTREGO PACIENTE EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA, TIEMBRE DE LLAMADO DE ENFERMERIA A LA MANO,TABLERO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO, FRENOS DE SEGURIDAD, MANILLA DE IDENTIFICACION, PACIENTE QUE PASA EN ESTAABLES CONDICIONES GENERALES DURANTE EL DIA SE REALIZA CAMBIOS DE POSICION SE HIDRATA LA PIEL, CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , AFEBRIL E HIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , MUCOSA ORAL HUMEDA Y LIMPIA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIEDO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS NI INFECCION ELIMANDO EN PATO, EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMA NI ERITEMA ,PIEL INTEGRA.PENDIENTES : DEFINIR CUIDADOS DE ENFEREMERIA:CUIDADOS CON ACCESO VENOSO BARANDAS ARRIBA.MEDIDAS ANTI NEUMONICAS (ACTIVIDAD CAMA, SILLA)VIGILAR DOLOR Y/O DISTENSION ABDOMINAL.GLUCOMETRIAS CADA 8 HORAS.ASEO CAVIDAD ORAL 3 VECES AL DIA CUIDADOS CON PIEL.SIGNOS VITALES

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

_____
ENF. SEBASTIAN ARIAS SALAZAR
CC 75103831
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 36293

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-003
Fecha Historia:06/02/2019 08:03 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 06/02/2019 08:03 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 24338592 MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A Convenio: PGPURGENCIAS Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO A
No Historia: 24338592 Cons. Historia: 5537299
Registro de Admision No: 326415

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA EGRESO DE URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 06/02/2019 **Historia:** 24338592
Nombre: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Direccion:** CLL 29 28 27
Telefono: 3114399746 3136856997 **Edad:** 34 Años
Sexo: Femenino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A **Convenio:** PGPURGENCIAS
Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 07:58
Destino.
Destino.: Alta Medica
Fallece
Fallece: No **SI LA MUERTE ES NATURAL: REGISTRE Nro DE DEFUNCION:**
Nro de Certificado de Defuncion: NA
Muerte Violenta
Muerte Violenta: No **Entidad que realiza el Levantamiento o Defuncion:** NA
Oxigeno
Oxigeno: No
Sonda
Sonda: No
Acceso Venoso.
Acceso Venoso.: Si **Cual:** PERIFERICO
Drenes
Drenes: No
Tubos
Tubos: No
Otros.
Otros.: No
Comentarios de Enfermeria
Describir: PACIENTE VALORADO POR MEDICO DE TURNO QUIEN INDICA ALTA, EGRESA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CONCIENTE ORIENTADA, AFEBRIL HIDRATADA CON ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, MUCOSA ORLA HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO SIN ALTERACIONES ABDOMNE BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, EXTREMIDADES MOVILES SIMETRICAS SE RETIRAN INVASIVOS, SE DAN RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA Y FORMULA MEDICA
Medicamentos - Insumos - Equipos de Terapia - Otros
Diligenciar lista de Chequeo:: **RC-268 V1 15-07-2009:**
Responsable de Diligenciamiento:: NA
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:

Viviana Osorio

ENF. VIVIANA OSORIO GIRALDO
CC 1053768749
Especialidad. ENFERMERIA

Registro. 123

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 8 **Edad** 34 AÑOS

Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 18/06/2019 10:59:22 **EGRESO Fec:** 20/06/2019 15:03:32

Atn. Ingreso TRIAGE **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 2 INAC_OBSERVA EXT. CONS

2. DIAGNOSTICOS

Dx Ingreso	K922	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA
Dx Salida	K922	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA
Dx Egreso 1	K922	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA

3. INTERVENCIONES - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O ESPECIALES

CIRUGIAS

CANT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Grp QX
1	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	080

Médico: ALBERTO ANGEL PINZON Especialidad: GASTROENTEROLOGIA Via: VIAS DIGESTIVAS ALTAS

DESCRIPCION CIRUGIA

Medico M0132 ALBERTO ANGEL PINZON Esp. GASTROENTEROLOGIA

Diagnostico Preoperatorio: K922 HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA

Diagnostico Postoperatorio: K20X ESOFAGITIS

Tipo de Herida: LIMPIA Tipo de Anestesia: GENERAL Tipo de Cirugia: PROGRAMADA

Cantidad de Sangrado: 0 ml. Via: UNICA VIA

Realizacion Acto Quirurgico: 19/06/2019 Hora Inicio 16:30:00 Hora Final 17:00:00

Tiempo de Perfusión: 0,00 min. Tiempo de Clamp: 0 min.

Descripcion Quirurgica:

SEDACION: DRA MARGARITA ARANGO

DIAGNOSTICO DE REMISION: SANGRADO DIGESTIVO

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, lìnea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande

ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, pìloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada .

DUODENO: Primera y segunda porciòn normal.

DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL

BIOPSIAS: NO

Complicacion: SI ☐ **NO** ☐

Tejidos enviados a patología :SI ☐ **NO** ☒

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 8 **Edad** 34 AÑOS
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 18/06/2019 10:59:22 **EGRESO Fec:** 20/06/2019 15:03:32
Atn. Ingreso TRIAGE **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 2 INAC_OBSERVA EXT. CONS

M0132 **ALBERTO ANGEL PINZON**
Reg. 1662
GASTROENTEROLOGIA

4. EGRESO

CONDICIONES DEL USUARIO AL SALIR VIVO

5. ATENCION

A. CONDICIONES AL INGRESO - MOTIVO DE CONSULTA

Remitido de unión de cirujanos

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO - ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 34 años con cuadro clínico de 2 días de evolución con episodios de melenas ocasionales sin ootros concomitantes por lo cual asiste a cita de control con gastroenterología que ante sospecha de HVDA remiten para valoración por urgencias con orden de iniciar IBP en infusión y ss de EVDA. Comenta en manejo con omeprazol uid.

ANTECEDENTES

PERSONALES

PERSONALES ()
AP: Paralisis cerebral / marcha en tijera / ulceras en esofago / HVDA mayo 2017
AQ: Pomeroy / rodillas y tobillos
AF: omeprazol
Alergia: niega
Toxicos: niega

REVISION POR SISTEMAS

CABEZA Y ORAL: No refire

C. EXAMEN FISICO, PROCEDIMIENTOS Y EVOLUCION

CABEZA Y ORAL: Alerta, orientado, Glasgow 15, pupilas isocóricas normo reactivas, escleras anictéricas, mucosas húmedas rosadas, cuello móvil, no dolor, no masas no soplos, no iy, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin sobreagregados, abdomen blando depresible, no impresiona dolor no masas ni visceromegalias, peristaltismo positivo, no signos de irritación peritoneal, puño percusión bilateral negativo neurológico con secuelas de paralisis cerebral - ingresa en silla de ruedas, pulsos distales presentes, perfusión distal conserva.

Realizada por : **M0203** **ANDRES FELIPE GIL RESTREPO** **Especialidad** **18/06/2019 12:02:31**

EVOLUCION SOAP MEDICO

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 8 **Edad** 34 AÑOS
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 18/06/2019 10:59:22 **EGRESO Fec:** 20/06/2019 15:03:32
Atn. Ingreso TRIAGE **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 2 INAC_OBSERVA EXT. CONS

ANALISIS

Pacietne co ncuadro clínicos sugestivo de hemorragía gastrointestinal alta - melenas ya valoradao de forma ambulatorio por gastroenterología - Dr claudia en unión de cirujanos por lo cual se inicia inufsión con IBP, ss paraclinicos y ss EVDA, se explica cuadro clínico, manejo y pronostico.

Realizada por : M0203 ANDRES FELIPE GIL RESTREPO Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha:18/06/19 11:45:21

EVOLUCION SOAP MEDICO

ANALISIS

Diagnóstico de manejo: Hemorragía de vías digestivas altas

Antecedentes: Parálisis cerebral - úlcera esofágicas

Paciente quién ingresa remitida desde consulta externa de gastroenterología por cuadro de melenas, toman paraclínicos que reportan Hemograma leucocitos 8120 neutrófilos: 76% hemoglobina: 11.3 hematócrito: 36.2 plaquetas 292.000 tiempo protrombina 15 INR: 1.2 tiempo parcial de tromboplastina 30.9, programan para endoscopía de vias digestivas altas e indican infusión de omeprazol,
Ahora clinicamente estable

Realizada por : M0021 DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha:18/06/19 16:06:4

EVOLUCION SOAP MEDICO

ANALISIS

Paciente de 34 años remitida de la consulta externa de GASTROENTEROLOGIA por cuadro de 2 dias con melenas, antecedente de ulceras en esofago.

HB 11.3

Realizada por : M0132 ALBERTO ANGEL PINZON Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - Fecha:19/06/19 09:53:05

EVOLUCION SOAP MEDICO

ANALISIS

Diagnóstico de manejo: Hemorragía de vías digestivas altas
Antecedentes: Parálisis cerebral - úlcera esofágicas

Paciente quién ingresa remitida desde consulta externa de gastroenterología por cuadro de melenas, programan para endoscopía de vias digestivas altas e
indican infusión de omeprazol, Hemograma de control leucocitos 8120 neutrófilos 76 % hemoglobina 11.3 hematocrito 36.2 plaquetas 292.000, no hay caída de hemoglobina, Ahora clinicamente estable

Realizada por : M0021 DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha:19/06/19 11:02:5

EVOLUCION SOAP MEDICO

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 8 **Edad** 34 AÑOS
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 18/06/2019 10:59:22 **EGRESO Fec:** 20/06/2019 15:03:32
Atn. Ingreso TRIAGE **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 2 INAC_OBSERVA EXT. CONS

ANALISIS

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL Y ULCERAS ESOFAGICAS, HOSPITALIZADA EN EL CONTEXTO DE HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA, SIN REQUERIMIENTO DE TRANSFUSION DE CONCENTRADO GLOBULAR, VALORADA POR GASTROENTEROLOGIA QUIEN INDICO REALIZACION DE EVDA QUE REPORTA: ESOFAGO: Distensibilidad conservada, lìnea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, pìloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada . DUODENO: Primera y segunda porciòn normal. DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL BIOPSIAS: NO. PACIENTE SIN NUEVOS EPISODIOS DE SANGRADO, SE PASA RONDA MEDICA CON GASTROENTEROLOGIA QUIEN INDICA ALTA MEDICA CON SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES, FORMULA MEDICA, CITA CONTROL POR GASTROENTEROLOGIA EN 1 MES, SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

Realizada por : M0185 JENNIFER PAOLA MARTINEZ PARRA Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha:20/06/19 11:

PLAN Y MANEJO

Hospitalizar
Nada via oral
Hartmann a 80 cc hora iv
Omeprazol amp 40mg, 2 amp iv en bolo, luego 1 amp en 100cc de SSN, pasar a 20 cc hora
Ss hemograma y tiempos de coagulación
SS EVDA
SS valoración por gastroenterología
Control de signos vitales
Avisar cambios, gracias.

Realizada por : M0203 ANDRES FELIPE GIL RESTREPO Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha: 20/06/2019 11:36

PLAN Y MANEJO

Hospitalizar
Nada via oral
Infusión de omeprazol
Pendiente endoscopia de vias digestivas altas
Seguimiento por gastroenterología

Realizada por : M0021 DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha: 20/06/2019 11:36

PLAN Y MANEJO

EVDA hoy en la tarde

Realizada por : M0132 ALBERTO ANGEL PINZON Especialidad: GASTROENTEROLOGIA - Fecha: 20/06/2019 11:36:17

PLAN Y MANEJO

Continúa hospitalizado

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 8 **Edad** 34 AÑOS
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 18/06/2019 10:59:22 **EGRESO Fec:** 20/06/2019 15:03:32
Atn. Ingreso TRIAGE **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 2 INAC_OBSERVA EXT. CONS

Nada via oral
Pendiente endoscopía de vias digetivas altas .
Realizada por : M0021 DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha: 20/06/2019 11:36

PLAN Y MANEJO

PLAN

ALTA MEDICA
FORMULA MEDICA
OMEPRAZOL 20 MG VO EN AYUNAS POR 8 SEMANAS
CONTROL POR GASTROENTEROLOGIA EN 1 MES
RECOMENDACIONES GENERALES
SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS: DEPOSICIONES CON SANGRE, VOMITO CON SANGRE, FIEBRE, MAREO, DOLOR ABDOMINAL, INTOLERANCIA A LA VIA ORAL.
Realizada por : M0185 JENNIFER PAOLA MARTINEZ PARRA Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha: 20/06/2019 1

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNOSTICO

Cant.	Descripción	Observaciones
1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	HVDA - melenas *** AP: paralisis espastica - HVDA

Fecha de Orden: 18/06/2019
ESOFAGO: Distensibilidad conservada, lìnea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que
compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, pìloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada . DUODENO: Primera y segunda porciòn normal.
DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL BIOPSIAS: NO
FECHA Y HORA DE APLICACION:20/06/2019 11:39:21 REALIZADO POR: JENNIFER PAOLA MARTINEZ PARRA

CONCLUSIONES
ESOFAGO: Distensibilidad conservada, lìnea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que
compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, pìloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada . DUODENO: Primera y segunda porciòn normal. DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL BIOPSIAS: NO

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 8 **Edad** 34 AÑOS
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 18/06/2019 10:59:22 **EGRESO Fec:** 20/06/2019 15:03:32
Atn. Ingreso TRIAGE **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 2 INAC_OBSERVA EXT. CONS

1 TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
Fecha de Orden: 18/06/2019
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:18/06/2019 14:27:50 REALIZADO POR: LUZ DARY ARANGO ARANGO

1 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
Fecha de Orden: 18/06/2019
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:18/06/2019 14:27:58 REALIZADO POR: LUZ DARY ARANGO ARANGO

1 HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ER
Fecha de Orden: 18/06/2019
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:18/06/2019 14:27:42 REALIZADO POR: LUZ DARY ARANGO ARANGO

INTERCONSULTA POR: GASTROENTEROLOGIA Fecha de Orden: 18/06/2019
OBSERVACIONES:
RESULTADOS: . FECHA Y HORA DE APLICACION:/ / : : REALIZADO POR:

INTERCONSULTA POR: GASTROENTEROLOGIA Fecha de Orden: 20/06/2019
OBSERVACIONES: CONTROL POR GASTROENTEROLOGIA EN 1 MES
RESULTADOS: . FECHA Y HORA DE APLICACION:/ / : : REALIZADO POR:

7. MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Cantidad	Descripción
5,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SOL. INY. 40 MG
3,00 UNIDAD	LACTATO DE HARTMAN (RINGER) SOLUCION INYECTABLE /500 ML
1,00 TABLETA	OMEPRAZOL TABLETA RECUBIERTA O CAPSULA 20 MG

M0185 **JENNIFER PAOLA MARTINEZ PARRA**
Reg. 1110536938
MEDICINA GENERAL

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **1** **FECHA** **18/06/2019 10:59:22** **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

TRIAGE III -

OBSERVACIONES

REMITIA DE UNION DE CIRUJANOS CON DX DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO?

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, INGRESA EN SILLA DE RUEDAS, EN COMPAÑIA DE SU FAMILAIR, COSNICNETE,A LERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, SATURACION DE 96%;
REMITIA DE UNION DE CIRUJANOS CON DX DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO?, SE EXPLICA TRIAGE Y SE ENTREGA VOLANTE INFORMATIVO

CLASIFICACIÓN TRIAGE: **3** **PRIORIDAD III** **EPS no acepta este Grupo**
DIRECCIONAMIENTO:

NATALIA BRAVO TEJADA

NATALIA BRAVO TEJADA
Reg. 1053790851
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **2** **FECHA** **18/06/2019 11:45:21** **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

MOTIVO DE CONSULTA

Remitido de unión de cirujanos

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 34 años con cuadro clínico de 2 días de evolución con episodios de melenas ocasionales sin ootros concomitantes por lo cual asiste a cita de control con gastroenterología que ante sospecha de HVDA remiten para valoración por urgencias con orden de iniciar IBP en infusión y ss de EVDA. Comenta en manejo con omeprazol uid.

ANTECEDENTES

PERSONALES

Personales
AP: Paralisis cerebral / marcha en tijera / ulceras en esofago / HVDA mayo 2017
AQ: Pomeroy / rodillas y tobillos
AF: omeprazol
Alergia: niega
Toxicos: niega

REVISIÓN X SISTEMAS

CABEZA Y ORAL: No refire

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y ORAL: Alerta, orientado, Glasgow 15, pupilas isocóricas normo reactivas, escleras anictéricas, mucosas húmedas

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

rosadas, cuello móvil, no dolor, no masas no soplos, no iy, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular limpio sin sobreagregados, abdomen blando depresible, no impresiona dolor no masas ni visceromegalias, peristaltismo positivo, no signos de irritación peritoneal, puño percusión bilateral negativo neurológico con secuelas de paralisis cerebral - ingresa en silla de ruedas, pulsos distales presentes, perfusión distal conserva.

ANÁLISIS

Pacietne co ncuadro clínicos sugestivo de hemorragía gastrointestinal alta - melenas ya valoradao de forma ambulatorio por gastroenterología - Dr claudia en unión de cirujanos por lo cual se inicia inufsión con IBP, ss paraclinicos y ss EVDA, se explica cuadro clínico, manejo y pronostico.

PLAN Y MANEJO

Hospitalizar
Nada via oral
Hartmann a 80 cc hora iv
Omeprazol amp 40mg, 2 amp iv en bolo, luego 1 amp en 100cc de SSN, pasar a 20 cc hora
Ss hemograma y tiempos de coagulación
SS EVDA
SS valoración por gastroenterología
Control de signos vitales
Avisar cambios, gracias.

Evolución realizada por: ANDRES FELIPE GIL RESTREPO-Fecha: 18/06/19 11:45:21

DIAGNÓSTICO K922 HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA Tipo PRINCIPAL

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	
1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	**Realizado**

HVDA - melenas *** AP: paralisis espastica - HVDA y ulceras esofagicas 2017
ESOFAGO: Distensibilidad conservada, lìnea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que
compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, pìloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada . DUODENO: Primera y segunda porciòn normal. DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL BIOPSIAS: NO
FECHA Y HORA DE APLICACION:20/06/2019 11:39:21 REALIZADO POR: JENNIFER PAOLA MARTINEZ PARRA

CONCLUSIONES

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, lìnea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, pìloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada . DUODENO: Primera y segunda porciòn normal. DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL BIOPSIAS: NO

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
2,00	2,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SO	INTRAVENOSA	Ahora	**NUEVO**
4,00	1,00 UNIDAD	LACTATO DE HARTMAN (RINGER) SOLUCION INYECTA	INTRAVENOSA	6 Horas	**NUEVO**

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	**Realizado**

.
FECHA Y HORA DE APLICACION:18/06/2019 14:27:50 REALIZADO POR: LUZ DARY ARANGO ARANGO

1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	**Realizado**

.
FECHA Y HORA DE APLICACION:18/06/2019 14:27:58 REALIZADO POR: LUZ DARY ARANGO ARANGO

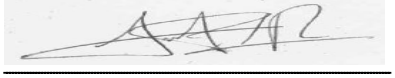
1	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L	**Realizado**

.
FECHA Y HORA DE APLICACION:18/06/2019 14:27:42 REALIZADO POR: LUZ DARY ARANGO ARANGO

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR GASTROENTEROLOGIA Fecha de Orden: 18/06/2019 **Ordenada**

OBSERVACIONES
RESULTADOS :



ANDRES FELIPE GIL RESTREPO
Reg. 1053824254
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **3** **FECHA** **18/06/2019 12:53:09** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTA DE INGRESO

REMITIDA DE GASTROENTEROLOGIA CON DX DE SANGRADO DIGESTIVO

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS, EN SILLA DE RUEDAS, EN COMPÑAIA DE SU FAMILIAR, CONSCIENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, CAVIDAD ORAL PERMEABLE Y LIMPIA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PIEL: INTEGRA, EXTREMIDADES SIN

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1		**Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1	
Fecha Nacimiento: 18/08/1984	**Edad actual :** 37 AÑOS	**Sexo:** Femenino	**Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776		**Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR	
Barrio: SIN IDENTIFICAR		**Departamento:** CALDAS	
Municipio: MANIZALES		**Ocupacion:** NO APLICA	
Etnia: Ninguna de las anteriores		**Grupo Etnico:**	
Nivel Educativo: NINGUNO		**Atención Especial:** OTROS	
Discapacidad: Multideficit		**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO	

EDEMAS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, POR INDICACION MEDICA PREVIO LAVADO DE MANOS Y DESINFECCION DE SITIO DE PUNCION CON ISOPAÑIL, SE CANALIZA CON CATETER IV NO 20 EN DORSO DE MANO IZQUIERDA, UNICA PUNCION POR PARTE DE AUX DIANA GIRALDO, SE SANGRA PARA PARACLINICOS, SE ADMINISTRA BOLO DE 2 AMP DE OMPRAZOL Y CONTINUA CON ESTE 1 AM EN 100 CC DE SSN A 20 CC HORA POR BOMBA DE INFUSION SE DEJA CON HARTMAN A 80 CC HORA, TIENE PENDIENTE HOPSIRTALIZAR Y VALORACION POR GASTROENTEROLOGIA

SE HACE PRESENTACION DE PERSONAL, SE PONE Y SE EXPLICA MANILLA DE IDENTIFICACION, SE HACE ENTREGA Y SE EXPLICA PROTOCOLO DE BIENVENIDA, FOLLETO DE DERECHOS Y DEBRES, GUIA DE CUIDADOS, PREVENCION DE INFECCION Y CAIDAS

CUIDADOS:
ALTO RIESGO DE CAIDAS
BARANDAS ARRIBA
CUIDADOS CON ACCESO VENOSO: VIGILAR DOLOR, CALOR, EDEMA, ERITEMA
CONTROL DE SIGNOS VITALES
POSICION SEMIFOWLER
ACTIVIDAD CAMA SILLA
EDUCACION SOBRE HIGIENE DE CAVIDAD ORAL
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
VIGILAR DOLOR Y SANGRADO

NOTA: SE INDAGA PACIENTE Y FAMILIAR SOBRE ALERGIAS A MEDICAMENTOS, ESTAS NIEGAN, SE EXPLICA A FAM,ILIAR REQUERIMIENTO DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE DADO DX Y ANTECEDNETES DE LA PACIENTE, ESTA COMPRENDE Y ACEPTA

FORMATOS

Caidas previas		
Si	0.0000	
No	0.0000	
Medicamentos		
Tranquilizantes, sedantes	0.0000	
Diuréticos, hipotensores no diuréticos	0.0000	
Antiparkinsonianos, antidepresivos, anticonvulsionantes, otros	1.0000	
Déficit sensoriales		
Ninguno	0.0000	
Alteraciones visuales, auditivas o de la marcha	1.0000	
Estado mental		
Confuso	0.0000	
Agitacion Psicomotora	0.0000	Orientado
0.0000		
Deambulación		
Normal	0.0000	
Asistida con elementos de apoyo	1.0000	
Reposo absoluto postrado	0.0000	

-- Continuar en la siguiente pagina

Edad

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

[1] < de 10 0 > a 75
[1] 50 a 75
[0] < a 50
Indique puntaje según la edad: 0.0000

Puntaje

Puntaje: 3»UNIDAD

Escala de riesgo

5 a 11 ---> Riesgo alto
1 a 4 ---> Riesgo medio
0 a 1 ---> Riesgo bajo

Plan a seguir

Riesgo alto -Entregar folleto de prevencion de caidas.
-Identificarlo con manilla
-Valorar la escala de riesgo cada dos dias.
Riesgo medio -Valorar la escala de riesgo cada 3 dias.
Riesgo bajo -Valorar la escala de riesgo en cada 5 dias
Si el paciente tiene estancia en Gineco-obstetricia, unidades, quirofano o en urgencias ES DE RIESGO ALTO

ESCALA DE RIESGOS BRADEN - BERGSTROM

RESPONSABLE DE APLICACIÓN DE LA ESCALA NATALIA BRAVO

TABLA DESCRIPCIONES

PERCEPCIÓN SENSORIAL = 1-Completamente limitada 2-Muy limita
HUMEDAD = 1-Completamente humeda 2-Muy humeda 3-Ocasionalmen
ACTIVIDAD = 1-En cama 2-En silla 3-Camina ocasionalmente 4-C
MOVILIDAD = 1-Completamente inmovil 2-Muy limitada 3-Ligeram
NUTRICIÓN = 1-Muy pobre 2-Probablemente inadecuada 3-Adecuad
FRICCIÓN Y DESLIZAMIENTO = 1-Es un problema 2-Es un problema

Continuar en la Página 2

PUNTOS

	VALORACIÓN
PERCEPCIÓN SENSORIAL	3.0000
HUMEDAD	3.0000
ACTIVIDAD	3.0000
MOVILIDAD	3.0000
NUTRICIÓN	3.0000
FRICCIÓN Y DESLIZAMIENTO	2.0000
PUNTAJE TOTAL	17»UNI

VALORACIÓN DE INGRESO || PUNTAJE - RIESGO - TIEMPO DE REVALO

Menor o igual a 12	**|ALTO RIESGO**	**|Revalo**
Entre 13 y 14	**|RIESGO MODERADO**	**|Revalorar**
Entre 15 y 18	**|RIESGO BAJO**	**|Re**
Mayor a 19	**|SIN RIESGO**	

CUIDADOS PARA EL PACIENTE CON RIESGO

- Al ingreso del servicio clasificar el riesgo del paciente por medio de la escala de Braden.
- Valoración 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 registr o en la NOTA DE ENFERMERÍA.

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

- Mantener una adecuada higiene del paciente, secar muy bien después del baño, evitando dejar humeda la piel, al igual que al momento de ca mbiar el pañal.
- Al momento de tender la cama y realizar cambios de posición verificar que los tendidos queden templados.
- Realizar cambios de posición cada 2 horas de acuerdo al reloj institucional y verificar su adecuado registro.
- Mantener una adecuada lubricación 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 riegos.
- 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.

NATALIA BRAVO TEJADA

NATALIA BRAVO TEJADA
Reg. 1053790851
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **4** **FECHA** **18/06/2019 13:31:32** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

Jennifer Morales

JENIFER CAROLINA MORALES SALINAS
Reg. 001-0138
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **5** **FECHA** **18/06/2019 14:01:49** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

POR ERROR SE SOLICITA EQ DE BOMBA COVENCIONAL PARA ADMINISTRACION DE HARTMAN YA QUE LA PACIENTE MANIPULA EL EQ DE MACROGOTEO CONSTANTEMENTE Y SE PASA LOS LEV EN BOLO, LO QUE GENERA ALTO RIESGO DE SOBRECARGA DE LIQUIDOS

Nota realizada por: NATALIA BRAVO TEJADA Fecha: 18/06/19 14:01:52

NATALIA BRAVO TEJADA

NATALIA BRAVO TEJADA
Reg. 1053790851
ENFERMERIA

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **6** **FECHA** **18/06/2019 14:13:17** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
6,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SO	INTRAVENOSA	4 Horas	**MODIFICADO**

ANDRES FELIPE GIL RESTREPO
Reg. 1053824254
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **7** **FECHA** **18/06/2019 15:37:27** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE QUE EGRESA EDL SERVICIO CONCIENTE EN CAMILLA, PACIENTE CON PARALISIS CEREBRAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DIFCUTLAD REPSIRATORIA CON PIEL INTEGRA, CON ACCESO VENOSO EN MIMEBRO SUPERIRO IZQUIERDO PERMEABLE PASANDO LIOQUIDOS Y PROTOCOLO DE OMEPRAZOL, SE COMENTA PACIENTE EN PISO, ES ACEPTADA, SE ENTREGA FOLIO COMPLETO EGRESA EN BUENAS CONDICIEONS GENERALES EN COMPAÑIA DE FAMILIAR

Nota realizada por: TATIANA VILLEGAS CASTAÑO Fecha: 18/06/19 15:38:26

TATIANA VILLEGAS CASTAÑO
Reg. 21130
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **8** **FECHA** **18/06/2019 16:06:40** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCIÓN SOAP MÉDICO

SUBJETIVO

Acompañante refiere verla bien

OBJETIVO

Alerta, hidratada, sin dificultad respiratoría, ruidos cardíacos rítmicos sin presencia de soplos campos pumonares con murmullo vesicular sin sobreagregados, abdomen blando, no irritación peritoneal, extremidades llenado capilar menor de dos segundos, neurológico sin deteriro en su estado basal

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

ANÁLISIS

Diagnóstico de manejo: Hemorragía de vías digestivas altas

Antecedentes: Parálisis cerebral - úlcera esofágicas

Paciente quién ingresa remitida desde consulta externa de gastroenterología por cuadro de melenas, toman paraclínicos que reportan Hemograma leucocitos 8120 neutrófilos: 76% hemoglobina: 11.3 hematócrito: 36.2 plaquetas 292.000 tiempo protrombina 15 INR: 1.2 tiempo parcial de tromboplastina 30.9, programan para endoscopía de vias digestivas altas e indican infusión de omeprazol,
Ahora clinicamente estable

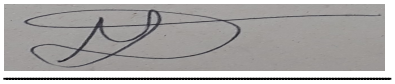
PLAN Y MANEJO

Hospitalizar
Nada via oral
Infusión de omeprazol
Pendiente endoscopia de vias digestivas altas
Seguimiento por gastroenterología

Evolución realizada por: DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ-Fecha: 18/06/19 16:06:44

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
6,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SO	INTRAVENOSA	4 Horas	**CONTINUAR**
4,00	1,00 UNIDAD	LACTATO DE HARTMAN (RINGER) SOLUCION INYECTA	INTRAVENOSA	6 Horas	**CONTINUAR**



DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ
Reg. 1112775042
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **9** **FECHA** **18/06/2019 16:36:35** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTA DE INGRESO

NOTA DE INGRESO

INGRESA PACIENTE PROCEDENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS, ES TRASLADA EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE PERSONAL DE ENFERMERIA Y FAMILIAR. A LA VALORACION SUBJETIVA REFIERE SENTIRSE “BIEN, CON UN POCO DE DOLOR”.

A LA VALORACION NEUROLOGICA SE ENCUENTRA PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, CON GLASGOW 15/15. A LA VALORACION CEFALOCAUDAL SE ENCUENTRA PACIENTE NORMOCEFALA, CON PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, SIN SOPORTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, SIN

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1		**Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1	
Fecha Nacimiento: 18/08/1984	**Edad actual :** 37 AÑOS	**Sexo:** Femenino	**Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776		**Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR	
Barrio: SIN IDENTIFICAR		**Departamento:** CALDAS	
Municipio: MANIZALES		**Ocupacion:** NO APLICA	
Etnia: Ninguna de las anteriores		**Grupo Etnico:**	
Nivel Educativo: NINGUNO		**Atención Especial:** OTROS	
Discapacidad: Multideficit		**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO	

SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSA ORAL HUMEDA, LIMPIA, SIN ALTERACION, CUELLO MOVIL SIN PRESENCIA DE MASAS, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION. EXTREMIDADES SIMETRICAS CON PULSOS DISTALES CONSERVADOS, NORMOPERFUNDIDAS, PRESENTA ACCESO VENOSO EN EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA, PERMEABLE, SIN SIGNOS DE FLEBITIS, CUBIERTO CON APOSITO TRANSPARENTE Y ROTULADO SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL POR DONDE SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS CON HORARIO. EXTREMIDADES INFERIORES MOVILES, NORMOPERFUNDIDAS, CON PULSOS DISTALES CONSERVADOS. GENITALES SIN ALTERACIONES FISICAS APARENTES, CON ELIMINACION DE MANERA ESPONTANEA. PIEL INTEGRA. SE INDAGA SOBRE ALERGIAS Y EL PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO. SE OBSERVA MANILLA DE IDENTIFICACION SEMAFORIZADA CON LOS RIESGOS DEL PACIENTE.

SE RECIBE HISTORIA CLINICA CON UN FOLIO DE URGENCIAS

* SE BRINDA PROTOCOLO DE BIENVENIDA
* SE DEJA COMODA EN HABITACION
* SE AVISA A MEDICO DE TURNO

INTERVENCION
SE UBICA PACIENTE EN HABITACION
SE PRESENTA PERSONAL DE ENFERMERIA
SE INDICA TIMBRE DE LLAMADO Y SE DEJA A SU ALCANCE
SE INDICAN HORARIO DE VISITAS
SE DILIGENCIA ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS
SE DAN A CONOCER PRINCIPALES DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE
SE INDICAN RUTAS DE EVACUACION EN CASO DE EMERGENCIA

CUIDADOS DE ENFERMERIA
* VALORAR PATRON NEUROLOGICO
* VALORAR PATRON RESPIRATORIO PARA SPO2 >90%
* VALORAR PATRON HEMODINAMICO
* VALORAR SIGNOS VITALES CADA 6 HORAS E INFORMAR CAMBIOS
* CUIDADOS CON ACCESO VENOSO
* CUIDADOS CON PIEL Y MEDIDAS ANTIESCARAS
* REALIZAR ASEO DE LA CAVIDAD ORAL 3 VECES AL DIA
* REALIZAR ACTIVIDAD CAMA – SILLA E INCENTIVAR A LA MOVILIZACION TEMPRANA (SI ES PERMITIDO)
* MANTENER BARANDAS ELEVADAS Y CAMA FRENADA
* CONSERVAR MANILLA DE IDENTIFICACION
* ASISTIR EN ACTIVIDADES

PENDIENTES:
* EVDA ORDEN EN GASTRO. PARA MAÑANA 19/06/19 A LAS 15+00

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Alejandra Cardona Pérez

ALEJANDRA CARDONA PEREZ
Reg. 1053823852
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **10** **FECHA** **18/06/2019 16:56:42** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FORMATOS

Caidas previas

Si	0.0000	
No	0.0000	

Medicamentos

Tranquilizantes, sedantes	0.0000	
Diuréticos, hipotensores no diuréticos	0.0000	
Antiparkinsonianos, antidepresivos, anticonvulsionantes, otros	0.0000	

Déficit sensoriales

Ninguno	0.0000	
Alteraciones visuales, auditivas o de la marcha	0.0000	

Estado mental

Confuso	1.0000	
Agitacion Psicomotora	0.0000	Orientado
0.0000		

Deambulación

Normal	0.0000	
Asistida con elementos de apoyo	0.0000	
Reposo absoluto postrado	0.0000	

-- Continuar en la siguiente pagina

Edad

[1] < de 10 0 > a 75
[1] 50 a 75
[0] < a 50
Indique puntaje según la edad: 0.0000

Puntaje

Puntaje: 1»UNIDAD

Escala de riesgo

5 a 11 ---> Riesgo alto
1 a 4 ---> Riesgo medio
0 a 1 ---> Riesgo bajo

Plan a seguir

Riesgo alto -Entregar folleto de prevencion de caidas.
-Identificarlo con manilla

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

-Valorar la escala de riesgo cada dos dias.
Riesgo medio -Valorar la escala de riesgo cada 3 dias.
Riesgo bajo -Valorar la escala de riesgo en cada 5 dias
Si el paciente tiene estancia en Gineco-obstetricia, unidades, quirofano o en urgencias ES DE RIESGO ALTO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **11** **FECHA** **18/06/2019 18:45:45** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

BETTY AGUDELO ORTEGON
Reg. 401
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **12** **FECHA** **18/06/2019 19:32:32** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN UNIDAD, CONSCIENTE, ORIENTADA, CON GLASGOW 15/15. A LA VALORACION CEFALOCAUDAL SE ENCUENTRA PACIENTE NORMOCEFALA, CON PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, SIN SOPORTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSA ORAL HUMEDA, LIMPIA, SIN ALTERACION, CUELLO MOVIL SIN PRESENCIA DE MASAS,
TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION. EXTREMIDADES SIMETRICAS PRESENTA ACCESO VENOSO EN EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA, PERMEABLE, SIN SIGNOS DE FLEBITIS, CUBIERTO CON APOSITO TRANSPARENTE Y ROTULADO SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL PASANDO GOTEO DE OMEPRAZOL, POR DONDE SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS CON HORARIO. EXTREMIDADES INFERIORES MOVILES, NORMOPERFUNDIDAS, CON PULSOS DISTALES CONSERVADOS. GENITALES SIN ALTERACIONES FISICAS APARENTES, CON ELIMINACION DE MANERA ESPONTANEA. PIEL INTEGRA. SE INDAGA SOBRE ALERGIAS Y EL PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO. SE OBSERVA MANILLA DE IDENTIFICACION NO SE EVIDENCIA SANGRADO EN EL TIEMPO QUE ESTA AQUI SE INICIA TRATAMIENO

Nota realizada por: BETTY AGUDELO ORTEGON Fecha: 18/06/19 19:38:06

BETTY AGUDELO ORTEGON
Reg. 401
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **13** **FECHA** **18/06/2019 20:48:52** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

RECIBO PACIENTE EN UNIDAD,EN BUENAS CONDICIONES GENERALESSIGNOS VITALES ESTABLES PACIENTE ASIMILA DE BUENA MANERA LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS. PACIENTE CON ACOMPAÑANTE

ELIMINA EN PATO. PACIENTE EN CAMA.

CONCIENTE ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTE DE OXIGENO, CAVIDAD BUCAL PERMEABLE Y LIMPIA, TAPON SALINO PARA TRATAMIENTO PERMEABLE

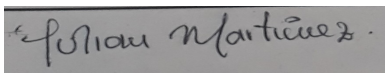
CANALIZADA CON CATETER # 20 EN ANTEBRAZO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, ELIMINA ESPONTANEO EN BAÑO, NO EDEMAS, PACIENTE

CON PIEL INTEGRA SE REALIZAN ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

-SE VERIFICA ESTADO DEL PACIENTE
- SE REVISA ACCESO VENOSOS
-SE PRESENTA PERSONAL DE ENFERMERIA
ASISTIR EN ACTIVIDADES.
POSICION SEMIFOWLER
CONTROL DE SIGNOS VITALES.
CUIDADOS DEL ACCESO VENOSO.
PACIENTE CON ACOMPAÑANTE
MEDIDAS ANTIEMBOLICAS,

PENDIENTE:
ECO TRANSVAGINAL

Nota realizada por: JULIAN ANDRES MARTINEZ Fecha: 18/06/19 20:49:32



JULIAN ANDRES MARTINEZ
Reg.
ENFERMERIA

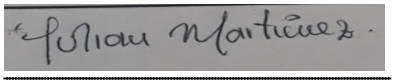
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **14** **FECHA** **19/06/2019 00:47:45** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

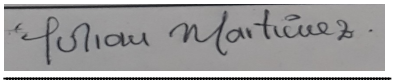
Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO



JULIAN ANDRES MARTINEZ
Reg.
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **15** **FECHA** **19/06/2019 05:31:24** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**



JULIAN ANDRES MARTINEZ
Reg.
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **16** **FECHA** **19/06/2019 05:54:22** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN UNIDAD,EN BUENAS CONDICIONES GENERALESSIGNOS VITALES ESTABLES PACIENTE ASIMILA DE BUENA MANERA LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS. PACIENTE CON ACOMPAÑANTE

ELIMINA EN PATO. PACIENTE EN CAMA.
PACIENTE QUE PASA LA NOCHE EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES. SE OBSERVA DORMIR INTERVALOS CORTOS SIGNOS VITALES ESTABLES DURANTE LA NOCHE. PACIENTE REFIRIO TENER MUCHO DOLOR

EN LA NOCHE.

CONCIENTE ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTE DE OXIGENO, CAVIDAD BUCAL PERMEABLE Y LIMPIA, TAPON SALINO PARA TRATAMIENTO PERMEABLE

CANALIZADA CON CATETER # 20 EN ANTEBRAZO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, ELIMINA ESPONTANEO EN BAÑO, NO EDEMAS, PACIENTE

CON PIEL INTEGRA SE REALIZAN ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

-SE VERIFICA ESTADO DEL PACIENTE
- SE REVISA ACCESO VENOSOS
-SE PRESENTA PERSONAL DE ENFERMERIA
ASISTIR EN ACTIVIDADES.

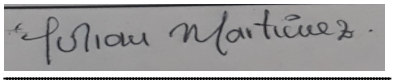
HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

POSICION SEMIFOWLER
CONTROL DE SIGNOS VITALES.
CUIDADOS DEL ACCESO VENOSO.
PACIENTE CON ACOMPAÑANTE
MEDIDAS ANTIEMBOLICAS,

PENDIENTE:
ECO TRANSVAGINAL

Nota realizada por: JULIAN ANDRES MARTINEZ Fecha: 19/06/19 05:54:24

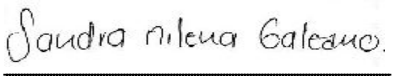


JULIAN ANDRES MARTINEZ
Reg.
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **17** **FECHA** **19/06/2019 06:53:41** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA



SANDRA MILENA GALEANO ARANGO
Reg. 34206
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **18** **FECHA** **19/06/2019 09:53:00** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCIÓN SOAP MÉDICO

SUBJETIVO

RONDA DE GASTROENTEROLOGIA

OBJETIVO

Hemodinamicamente estable, abdomen blando, no doloroso a la palpación

ANÁLISIS

Paciente de 34 años remitida de la consulta externa de GASTROENTEROLOGIA por cuadro de 2 dias con melenas, antecedente de ulceras en esofago.

HB 11.3

PLAN Y MANEJO

7J.0 *HOSVITAL*

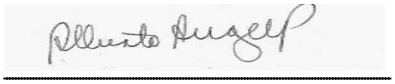
Usuario: 30403693

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

EVDA hoy en la tarde

Evolución realizada por: ALBERTO ANGEL PINZON-Fecha: 19/06/19 09:53:05



ALBERTO ANGEL PINZON
Reg. 1662
GASTROENTEROLOGIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **19** **FECHA** **19/06/2019 10:37:26** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES ACEPTA Y TOLERA LA VIA

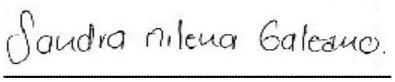
ORAL Y EL TRATAMIENTO ORDENADO, EN CAMA CONCIENTE ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN

SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTE DE OXIGENO, CAVIDAD BUCAL PERMEABLE Y LIMPIA,

DUERME INTERVALOS LARGOS, TAPON SALINO PARA TRATAMIENTO PERMEABLE CANALIZADA CON CATETER #

20 EN DORSO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS, PASANDO GOTEO DE OMEPRAZOL . ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, ELIMINA ESPONTANEO EN PATO , NO EDEMAS, PACIENTE CON PIEL INTEGRA SE REALIZAN

Nota realizada por: SANDRA MILENA GALEANO ARANGO Fecha: 19/06/19 10:39:23



SANDRA MILENA GALEANO ARANGO
Reg. 34206
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **20** **FECHA** **19/06/2019 11:02:53** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCIÓN SOAP MÉDICO

SUBJETIVO

Refiere estar bien

OBJETIVO

Alerta, hidratada, no signos de dificultad erspiratoría, ruidos cardíacso rítmicos sin presencia de soplos, campos pulmonares con murmullo vesicular sin sobreagregados, abdomen blando, no irritación peritoneal, extremidades llenado

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

capilar menor de dos segundos neurrológico sin déficit motor o sensitivo asociados

ANÁLISIS

Diagnóstico de manejo: Hemorragía de vías digestivas altas
Antecedentes: Parálisis cerebral - úlcera esofágicas

Paciente quién ingresa remitida desde consulta externa de gastroenterología por cuadro de melenas, programan para endoscopía de vias digestivas altas e
indican infusión de omeprazol, Hemograma de control leucocitos 8120 neutrófilos 76 % hemoglobina 11.3 hematocrito 36.2 plaquetas 292.000, no hay caída de hemoglobina, Ahora clinicamente estable

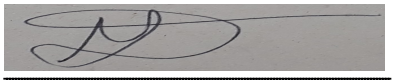
PLAN Y MANEJO

Continúa hospitalizado
Nada via oral
Pendiente endoscopía de vias digetivas altas .

Evolución realizada por: DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ-Fecha: 19/06/19 11:02:57

FORMULA MÉDICA

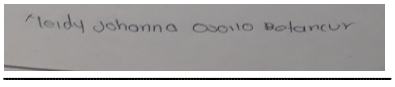
Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
6,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SO	INTRAVENOSA	4 Horas	**CONTINUAR**
4,00	1,00 UNIDAD	LACTATO DE HARTMAN (RINGER) SOLUCION INYECTA	INTRAVENOSA	6 Horas	**CONTINUAR**



DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ
Reg. 1112775042
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **21** **FECHA** **19/06/2019 11:30:41** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**



LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR
Reg. 35974
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **22** **FECHA** **19/06/2019 12:41:31** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

NOTAS ENFERMERIA

SE LE EXPLICA PROCEDIMIENTO Y SE PIDE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SE REALIZA LAVADO DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, SE VERIFICA SITIO DE INSERCIÓN Y SE PROCEDE HACER DESINFECCIÓN DEL SITIO CON ALCOHOL AL 70%, SE CANALIZA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO CON CATETER #20 UNICA PUNCION, SE VERIFICA PERMEABILIDAD, SE FIJA CON APÓSITO PREVIAMENTE ROTULADO CON: NUMERO DE CATÉTER , FECHA DE INICIO, FECHA DE VENCIMIENTO, HORA Y RESPONSABLE. QUEDA PACIENTE CÓMODA, SE ORGANIZA EQUIPO Y SE ELIMINA RESIDUOS, PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN NINGUNA COMPLICACIÓN SE CAMBIA ACCESO VENOSO POR FILTRACION.

Nota realizada por: SANDRA MILENA GALEANO ARANGO Fecha: 19/06/19 12:43:16

Sandra Milena Galeano

SANDRA MILENA GALEANO ARANGO
Reg. 34206
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **23** **FECHA** **19/06/2019 12:42:58** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

Alejandra Cardona Pérez

ALEJANDRA CARDONA PEREZ
Reg. 1053823852
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **24** **FECHA** **19/06/2019 15:16:59** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

Alejandra Cardona Pérez

ALEJANDRA CARDONA PEREZ
Reg. 1053823852
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **25** **FECHA** **19/06/2019 17:07:16** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

CIRUGÍAS

CANT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Grupo Quirúrgico
1	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	080

Médico: ALBERTO ANGEL PINZON **Especialidad:** GASTROENTEROLOGIA **Vía:** VIAS DIGESTIVAS ALTAS

DESCRIPCÓN CIRUGÍA

Medico M0132 ALBERTO ANGEL PINZON **Especialidad:** GASTROENTEROLOGIA

Diagnostico Preoperatorio: K922 HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA
Diagnostico Postoperatorio: K20X ESOFAGITIS
Tipo de Herida: LIMPIA **Tipo de Anestesia:** GENERAL **Tipo de Cirugia:** PROGRAMADA
Cantidad de Sangrado: 0 **ml.** **Vía:** UNICA VÍA
Realizacion Acto Quirurgico: 19/06/2019 **Hora Inicio** 16:30:00 **Hora Final** 17:00:00
Tiempo de Perfusión: 0 **Minuto** **Tiempo de Clamp:** 0 **Minuto**
Descripcion Quirurgica:

SEDACION: DRA MARGARITA ARANGO

DIAGNOSTICO DE REMISION: SANGRADO DIGESTIVO

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, lìnea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande

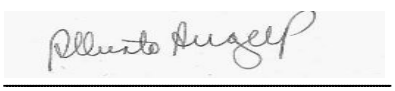
ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, pìloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada .

DUODENO: Primera y segunda porciòn normal.

DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL

BIOPSIAS: NO

Complicacion:



ALBERTO ANGEL PINZON
Reg. 1662
GASTROENTEROLOGIA

OTROS PARTICIPANTES

CÓDIGO	NOMBRE	TIPO	PARTICIPO?
M0003	MARGARITA MARIA ARANGO PINILLA	AYUDANTE	S

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **26** **FECHA** **19/06/2019 17:16:33** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

ALEJANDRA CARDONA PEREZ
Reg. 1053823852
ENFERMERIA

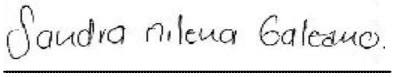
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **27** **FECHA** **19/06/2019 17:57:29** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE QUE DURANTE EL DIA PASA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ACEPTA Y TOLERA LA VIA ORAL Y EL TRATAMIENTO ORDENADO, EN CAMA CONCIENTE ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTE DE OXIGENO, CAVIDAD BUCAL PERMEABLE Y LIMPIA, TAPON SALINO PARA TRATAMIENTO PERMEABLE CANALIZADA CON CATETER # 20 EN ANTEBRAZO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS, PASANDO GOTEO DE OMEPRAZOL . ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, ELIMINA ESPONTANEO EN PATO , NO EDEMAS, PACIENTE CON PIEL INTEGRA SE REALIZAN

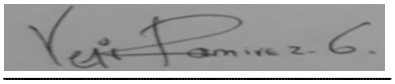
Nota realizada por: SANDRA MILENA GALEANO ARANGO Fecha: 19/06/19 17:59:08



SANDRA MILENA GALEANO ARANGO
Reg. 34206
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **28** **FECHA** **19/06/2019 18:57:24** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**



YENNY GLOEMI RAMIREZ GUAPACHA
Reg. 1059707089
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **29** **FECHA** **19/06/2019 21:30:12** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

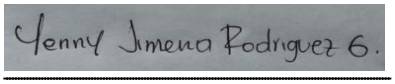
HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE EN CAMA CONCIENTE ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTE DE OXIGENO, CAVIDAD BUCAL PERMEABLE Y LIMPIA, TAPON SALINO PARA TRATAMIENTO PERMEABLE CANALIZADA CON CATETER # 20 EN ANTEBRAZO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS, PASANDO GOTEO DE OMEPRAZOL . ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, ELIMINA ESPONTANEO EN PATO , NO EDEMAS, PACIENTE CON PIEL INTEGRA

Nota realizada por: JENNY JIMENA RODRIGUEZ GARCIA Fecha: 19/06/19 21:30:19

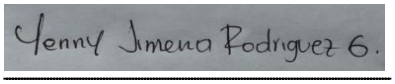


JENNY JIMENA RODRIGUEZ GARCIA
Reg. 35352
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **30** **FECHA** **20/06/2019 01:11:00** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

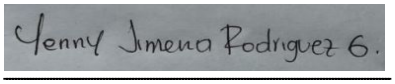


JENNY JIMENA RODRIGUEZ GARCIA
Reg. 35352
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **31** **FECHA** **20/06/2019 02:30:22** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA



JENNY JIMENA RODRIGUEZ GARCIA
Reg. 35352
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **32** **FECHA** **20/06/2019 06:38:36** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

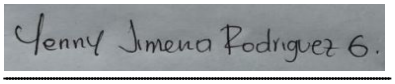
ENTREGO EN CAMA PACIENTE QUE DURANTE LA NOCHE PASA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ACEPTA Y TOLERA LA VIA ORAL Y EL TRATAMIENTO ORDENADO, SE OBSERVA DORMIR A INTERVALOS LARGOS, CONCIENTE ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTE DE OXIGENO, CAVIDAD BUCAL PERMEABLE Y LIMPIA, TAPON SALINO PARA TRATAMIENTO PERMEABLE CANALIZADA CON CATETER # 20 EN ANTEBRAZO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS, PASANDO GOTEO DE OMEPRAZOL . ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, ELIMINA ESPONTANEO EN PATO , NO EDEMAS, PACIENTE CON PIEL INTEGRA SE REALIZAN

Nota realizada por: JENNY JIMENA RODRIGUEZ GARCIA Fecha: 20/06/19 06:38:39

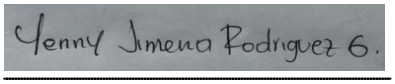


JENNY JIMENA RODRIGUEZ GARCIA
Reg. 35352
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **33** **FECHA** **20/06/2019 06:41:50** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

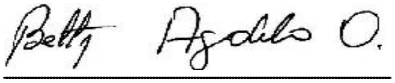
FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA



JENNY JIMENA RODRIGUEZ GARCIA
Reg. 35352
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **34** **FECHA** **20/06/2019 07:21:51** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**



BETTY AGUDELO ORTEGON
Reg. 401
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **35** **FECHA** **20/06/2019 10:38:27** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR

RECIBO PACIENTE ACOSTADA EN CAMA EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA,

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1		**Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1	
Fecha Nacimiento: 18/08/1984	**Edad actual :** 37 AÑOS	**Sexo:** Femenino	**Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776		**Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR	
Barrio: SIN IDENTIFICAR		**Departamento:** CALDAS	
Municipio: MANIZALES		**Ocupacion:** NO APLICA	
Etnia: Ninguna de las anteriores		**Grupo Etnico:**	
Nivel Educativo: NINGUNO		**Atención Especial:** OTROS	
Discapacidad: Multideficit		**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO	

HIDRATADA, AFEBRIL,CON GLASGOW

15/15, SIGNOS VITALES ESTABLES,ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, SIN SOPORTE DE OXIGENO CABEZA NORMOCEFALA, MUCOSA ORAL INTEGRA E HIDRATADA,
CUELLO MOVIL SIN RIGIDES APARENTE NO ADENOPATIAS A LA VISTA, TORAX SIMETRICO Y RITMICO SIN ANORMALIDAD A LA VISTA, TIENE ACCESO VENOSO PERMEABLE EN

MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON CATETER 20 CON INFISION DE OMEPRAZOL 1 AMPOLLA EN 100ML DE SOLUCION SALINA NORMAL PASANDO POR BOMBA 20 CC/HORA,

SIN ANORMALIDA NI EDEMA. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, ELIMINA EXPONTANEO EN PAÑAL NO EDEMA NI ANORMALIDAD EN MIEMBROS

INFERIORES, PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA ALTO SE ENCUENTRA CON ACOMPAÑANTE TABLERO Y MANILLLA DE IDENTIFICACIÓN BIEN DILIGENCIADO, BARANDAS

ARRIBA, TIMBRE A LA MANO.

VERIFICO ESTADO DEL PACIENTE ACCESO VENOSOS Y ME PRESENTO

PERMANECER CON BARANDAS ARRIBA
SE BRINDA EDUCACIÓN
CUIDADOS CON ACCESO VENOSO
RIESGO DE CAIDA .ALTO
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
VIGILAR POSIBLE SANGRADO
VIGILAR SIGNOS VITALES
PACIENTE QUIEN DEBE PERMANECER EN POSICIÓN FOWLER
PENDIENTE AVISAR CAMBIOS.
CONTINUA MANEJO POR GASTROENTEROLOGIA,

Nota realizada por: JORGE ALBERTO CALDERON ORTIZ Fecha: 20/06/19 10:38:30

FORMATOS

ESCALA DE RIESGOS BRADEN - BERGSTROM

RESPONSABLE DE APLICACIÓN DE LA ESCALA

TABLA DESCRIPCIONES

PERCEPCIÓN SENSORIAL = 1-Completamente limitada 2-Muy limita

HUMEDAD = 1-Completamente humeda 2-Muy humeda 3-Ocasionalmen

ACTIVIDAD = 1-En cama 2-En silla 3-Camina ocasionalmente 4-C

MOVILIDAD = 1-Completamente inmovil 2-Muy limitada 3-Ligeram

NUTRICIÓN = 1-Muy pobre 2-Probablemente inadecuada 3-Adecuad

FRICCIÓN Y DESLIZAMIENTO = 1-Es un problema 2-Es un problema

Continuar en la Página 2

PUNTOS

VALORACIÓN

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

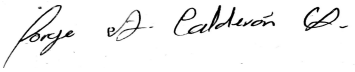
PERCEPCIÓN SENSORIAL	4.0000
HUMEDAD	4.0000
ACTIVIDAD	4.0000
MOVILIDAD	4.0000
NUTRICIÓN	4.0000
FRICCIÓN Y DESLIZAMIENTO	3.0000
PUNTAJE TOTAL	23»UNI

VALORACIÓN DE INGRESO || PUNTAJE - RIESGO - TIEMPO DE REVALO

Menor o igual a 12	**|ALTO RIESGO**	**|Revalo**
Entre 13 y 14	**|RIESGO MODERADO**	**|Revalorar**
Entre 15 y 18	**|RIESGO BAJO**	**|Re**
Mayor a 19	**|SIN RIESGO**	

CUIDADOS PARA EL PACIENTE CON RIESGO

- Al ingreso del servicio clasificar el riesgo del paciente por medio de la escala de Braden.
- Valoración 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 ENFERMERÍA.
- Mantener una adecuada higiene del paciente, secar muy bien después 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 posición verificar que los tendidos queden templados.
- Realizar cambios de posición cada 2 horas de acuerdo al reloj institucional y verificar su adecuado registro.
- Mantener una adecuada lubricación 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 riegos.
- 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.



JORGE ALBERTO CALDERON ORTIZ
Reg.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **36** **FECHA** **20/06/2019 11:36:17** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

Salida Clínica: **20/06/2019 11:39:40**

EVOLUCIÓN SOAP MÉDICO

SUBJETIVO

DX

HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA RESUELTA

ANTECEDENTES

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1		**Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1	
Fecha Nacimiento: 18/08/1984	**Edad actual :** 37 AÑOS	**Sexo:** Femenino	**Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776		**Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR	
Barrio: SIN IDENTIFICAR		**Departamento:** CALDAS	
Municipio: MANIZALES		**Ocupacion:** NO APLICA	
Etnia: Ninguna de las anteriores		**Grupo Etnico:**	
Nivel Educativo: NINGUNO		**Atención Especial:** OTROS	
Discapacidad: Multideficit		**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO	

PARALISIS CEREBRAL
ULCERAS ESOFAGICAS

PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, REFIERE VERLA BIEN, NO NUEVOS EPISODIOS DE SANGRADO, NO DOLOR ABDOMINAL, NO FIEBRE, NO VOMITO, TOLERANDO VIA ORAL

OBJETIVO

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIN EDEMA, NEUROLOGICO SIN DETERIORO, EN SU ESTADO BASAL.

ANÁLISIS

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL Y ULCERAS ESOFAGICAS, HOSPITALIZADA EN EL CONTEXTO DE HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA, SIN REQUERIMIENTO DE TRANSFUSION DE CONCENTRADO GLOBULAR, VALORADA POR GASTROENTEROLOGIA QUIEN INDICO REALIZACION DE EVDA QUE REPORTA: ESOFAGO: Distensibilidad conservada, lìnea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, pìloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada . DUODENO: Primera y segunda porciòn normal. DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL BIOPSIAS: NO. PACIENTE SIN NUEVOS EPISODIOS DE SANGRADO, SE PASA RONDA MEDICA CON GASTROENTEROLOGIA QUIEN INDICA ALTA MEDICA CON SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES, FORMULA MEDICA, CITA CONTROL POR GASTROENTEROLOGIA EN 1 MES, SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN Y MANEJO

PLAN

ALTA MEDICA
FORMULA MEDICA
OMEPRAZOL 20 MG VO EN AYUNAS POR 8 SEMANAS
CONTROL POR GASTROENTEROLOGIA EN 1 MES
RECOMENDACIONES GENERALES
SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS: DEPOSICIONES CON SANGRE, VOMITO CON SANGRE, FIEBRE, MAREO, DOLOR ABDOMINAL, INTOLERANCIA A LA VIA ORAL.

Evolución realizada por: JENNIFER PAOLA MARTINEZ PARRA-Fecha: 20/06/19 11:36:21

DIAGNÓSTICO K922 HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA Tipo PRINCIPAL

RECOMENDACIONES

. ORDENES MEDICAS
SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS: DEPOSICIONES CON SANGRE, VOMITO CON SANGRE, FIEBRE, MAREO, DOLOR ABDOMINAL, INTOLERANCIA A LA VIA ORAL.

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
60,00	1,00 TABLETA	OMEPRAZOL TABLETA RECUBIERTA O CAPSULA 20 M	ORAL	24 Horas	**NUEVO**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

1 TABLETA VIA ORAL EN AYUNAS POR 8 SEMANAS

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR GASTROENTEROLOGIA Fecha de Orden: 20/06/2019 **Ordenada**

OBSERVACIONES

CONTROL POR GASTROENTEROLOGIA EN 1 MES

RESULTADOS :

JENNIFER PAOLA MARTINEZ PARRA
Reg. 1110536938
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **37** **FECHA** **20/06/2019 11:36:52** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

YURY LORENA RAMIREZ VALENCIA
Reg. 1060651425
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 34 AÑOS

FOLIO **38** **FECHA** **20/06/2019 12:25:33** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

SE INICIA TRAMITE DE EGRESO PACIENTE DESPIERTA, CONCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL E HIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTAL , PACIENTE CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN VALORADA EL DIA DE HOY POR GASTEROENTEROLOGIA QUE POR ADECUADA EVOLUCION CLINICA DA ORDEN DE ALTA HOSPITALARIA, PACIENTE SIN HERIDAS, PIEL SANA, PACIENTE CON DEFICIT NEUROLOGICO CON ACOMPAÑANTE PERMANENTE, SE HACE ENTREGA DE EPICRISIS COMPLETA, FORMULA MEDICA, INCAPACIDAD , CONTROL CON GASTROENTEROLOGIA EN 1 MES PARA QUE FAMILIA REALIZE AUTORIZACION AMBULATORIA, SE ENTREGA PLAN DE ALTA VERBAL SE EXPLICA A FAMILIAR Y PACIENTE Y SE INFORMA SOBRE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE ALARMA Y CUIDADOS: CONSUMO DE ALIMENTOS BAJOS EN GRASAS NI MUY CONDIMENTADOS Y BLANDOS PARA EVIRTAR COMPLICACIONES, ASISTIR A CONTROLES, RECONSULTAR SI PRESENTA DOLOR AL QUE NO SEDE CON MANEJO ANALGESICO, FIEBRE, ,DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, PROBLEMAS CON LA MICCION, INTOLERANCIA A LA VIA ORAL O CUALQUIER OTRO SINTOMA QUE CONSIDERE ANORMAL , PACIENTE AL CUAL SE LE EXPLICAN CUIDADOS EN CASA, PACIENTE Y FAMILIAR REFIEREN COMPRENDER.

Nota realizada por: MANUELA CASTILLO QUINTERO Fecha: 20/06/19 12:25:35

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR

Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS

Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA

Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**

Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS

Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

ManuelaCQ

MANUELA CASTILLO QUINTERO
Reg. 1053839695
ENFERMERIA

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP AMB **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 35 AÑOS

FOLIO **39** **FECHA** **13/11/2019 16:29:28** **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

MOTIVO DE CONSULTA
MELENAS

ENFERMEDAD ACTUAL
HACE VARIOS AÑOS VIENE CON MELENAS. LE HAN HECHO VARIAS ENDOSCOPIAS. HA TENIDO ULCERAS ESOFAGICAS.
EN JUNIO LE TOMAN UNA ENDOSCOPIA QUE MUESTRA UNA HERNIA HIATAL GIGANTE Y UNA ESOFAGITIS C. GASTRITIS AGUDA ANTRAL
REFIERE CONSTIPACION Y ARDOR Y DOLOR EN RECTO

AP. SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL

EXAMEN FÍSICO
. GENITOURINARIO: ANO NORMAL. NO HAY ALTERACIONES

ANÁLISIS
PTE CON HERNIA HIATAL Y ULCERAS EN ESOFAGO POR ENDOSCOPIA

PLAN Y MANEJO
SS RADIOGRAFIA DEL ESOFAGO , ESTOMAGO Y DUODENO
CONSULTA CON RESULTADO DE RADIOGRAFIA

Evolución realizada por: MAURICIO OSORIO CHICA-Fecha: 13/11/19 16:39:25

DIAGNÓSTICO K449 HERNIA DIAFRAGMATICA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO K210 ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS Tipo RELACIONADO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO)	**Pendiente**

ESTUDIO DE HERNIA HIATAL GIGANTE

ORDENES DE LABORATORIO

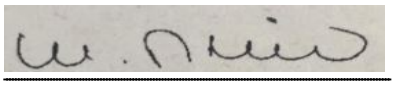
Cantidad	Descripción	
1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	**Pendiente**
1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	**Pendiente**
1	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L	**Pendiente**
1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	**Pendiente**
1	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	**Pendiente**

INTERCONSULTAS
INTERCONSULTA POR CIRUGIA GENERAL Fecha de Orden: 13/11/2019 **Ordenada**

OBSERVACIONES
CON RESULTADO DE RADIOGRAFIA DE ESOFAGO ,ESTOMAGO Y DUODENO
RESULTADOS :

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP AMB **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO



MAURICIO OSORIO CHICA
Reg. 10128
CIRUGIA GENERAL

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 9 **Edad** 37 AÑOS

Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 13/09/2021 07:18:31 **EGRESO Fec:** 16/09/2021 05:06:54

Atn. Ingreso AMBULATORIO **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 6 CIRUGIA AMBULATORIA

2. DIAGNOSTICOS

Dx Ingreso	K210	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS
Dx Salida	K210	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS
Dx Egreso 1	K210	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS

3. INTERVENCIONES - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O ESPECIALES

CIRUGIAS

CANT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Grp QX
1	446604	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO MAS RECONSTRUCCION DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O	018

Médico: MAURICIO OSORIO CHICA Especialidad: CIRUGIA GENERAL Via: ABDOMINAL

DESCRIPCION CIRUGIA

Medico M0113 MAURICIO OSORIO CHICA Esp. CIRUGIA GENERAL

Diagnostico Preoperatorio: K210 ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS

Diagnostico Postoperatorio: K210 ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS

Tipo de Herida: LIMPIA Tipo de Anestesia: GENERAL Tipo de Cirugia: PROGRAMADA

Cantidad de Sangrado: 0 ml. Via: UNICA VIA

Realizacion Acto Quirurgico: 13/09/2021 Hora Inicio 15:15:00 Hora Final 16:15:00

Tiempo de Perfusión: 0,00 min. Tiempo de Clamp: 0 min.

Descripcion Quirurgica:

SE UTILIZAN EPP PARA TODO EL PERSONAL. SE REALIZA PROTOCOLO DE PREVENCION DEL COVID 19
NEUMO CERRADO CON VERES EN PUNTO DE PALMER. TROCAR DE 11 DESECHABLE AL LADO IZQUIERDO DEL OMBLIGO. TROCAR DE 10 AL LADO DERECHO . TROCAR DE 5 EN HIPOCNDRIO DERECHO. 10 EN FLANCO IZQUIRDO Y 5 EN EPIGASTRIO
SE DISECAN LOS PILARES DEL DIAFRAGMA. SE REDUCE EL SACO DE LA HERNIA Y EL ESTOMAGO HACIA LA CAVIDAD QUEDANDO CON UN ESOFAGO ABDOMINAL DE 4 CM . SE CALIBRA EL HIATO CON DOS PUNTOS DE ETHIBON 0 SOBRE UN DILATADOR ESOFAGICO 32. SE REALIZA NISSEN DE 360 GRADOS CON TRES PUNTS DE ETHIBON 0 SOBRE EL MISMO DILATADOR QUEDANDO CON UNA PLICATURA DE 3 CM
NO COMPLICACIONES . SE RETIRAN PUERTOS VERIFICANDO LA HERMOSTASIA. SE ASPIRA EL NEUMO
SE CIERRA FASCIA CON PROLENE O Y PIEL CON VICRYL 000
COMPRESAS E INSTRUMENTAL COMPLETOS.

Complicacion: SI ☐ **NO** ☐

Hallazgos :

HERNIA HIATAL DE TAMAÑO MEDIANO . UNION ESOFAGOGASTRICA ASCENDIDA AL TORAX. INFLAMACION DE LA GRASA PERIESOFAGICA. HIGAGO SANO . ESTOMAGO SIN LESIONES.

Tejidos enviados a patología SI ☐ **NO** ☒

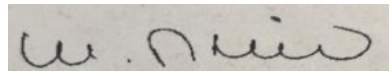
24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 9 **Edad** 37 AÑOS
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 13/09/2021 07:18:31 **EGRESO Fec:** 16/09/2021 05:06:54
Atn. Ingreso AMBULATORIO **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 6 CIRUGIA AMBULATORIA



M0113 **MAURICIO OSORIO CHICA**
Reg. 10128
CIRUGIA GENERAL

4. EGRESO

CONDICIONES DEL USUARIO AL SALIR MUERTO

5. ATENCION

A. CONDICIONES AL INGRESO - MOTIVO DE CONSULTA

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO - ENFERMEDAD ACTUAL

REVISION POR SISTEMAS

C. EXAMEN FISICO, PROCEDIMIENTOS Y EVOLUCION

EVOLUCIONES

Realizada por : M0113 MAURICIO OSORIO CHICA **Especialidad** CIRUGIA GENERAL **13/09/2021 16:44:28**

POP MEDIATO DE CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN)
NO COMPLICACIONES

TRASLADO A PISO
CABECERA ELEVADA
EN 4 HORAS DAR DIETA LIQUIDA
DURANTE 1 MES UNICAMENTE LIQUIDOS
ANALGESIA IV
PROTECCION GASTRICA
ANTIEMETICO SI SINTOMAS
CONTROL DE HB PARA EL DIA DE MAÑANA

Realizada por : M0111 JUAN MANUEL VENEGAS CEBALLOS **Especialidad** CIRUGIA GENERAL **14/09/2021 09:20:09**

EVOLUCION CIRUGIA GENERAL
DX:
- DIA 1 POP CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN)

SUBJETIVO: REFIERE PRESENTAR EMESIS AL INGERIR DIETA LIQUIDA, AUN CON DOLOR EN MODULACION.

OBJETIVO
ALERTA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, MUCOSAS HUMEDAS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON HERIDAS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 9 **Edad** 37 AÑOS
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 13/09/2021 07:18:31 **EGRESO Fec:** 16/09/2021 05:06:54
Atn. Ingreso AMBULATORIO **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 6 CIRUGIA AMBULATORIA

QUIRURGICAS CUBIERTAS SIN SIGNOS DE INFECCION, SIN SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, EN EL MOMENTO CON DOLOR LEVE A LA PALPACION DE HIPOCONDRIO IZQUIERDO Y MESOGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

14/09/21
HEMOGRAMA: LEUCOS 12.84, HB 14.5, HTO 42.2, PLAQUETAS 189.000, NEUTROFILOS 87.8%, LINFOCITOS 8.7%

ANALISIS
PACIENTE DE 37 AÑOS DIA 1 POP CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN), QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA CON DOLOR DORSAL, Y EN ABDOMEN EN MODULACION, MENCIONA QUE PRESENTA EPISODIOS EMETICOS CON DIETA LIQUIDA, ABDOMEN BLANDO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, CON HERIDAS SIN SIGNOS DE INFECCION. SE JUSTA MANEJO MEDICO. ATENTOS A EVOLUCION.

PLAN
CONTINUAR HOSPITALIZACION
DIETA LIQUIDA 1 MES
METOCLOPRAMIDA 1 AMP IV CADA 8 HORAS
RESTO DE MANEJO MEDICO SIN CAMBIOS
SS HEMOGRAMA, FUNCION RENAL

Realizada por : **M0576** **YENIFER HENAO VARGAS** **Especialidad** MEDICINA GENERAL **14/09/2021 10:08:22**

SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION

Realizada por : **M0046** **JUAN CARLOS MARIN MARMOLEJO** **Especialidad** CIRUGIA GENERAL **15/09/2021 09:15:00**

EVOLUCION CIRUGIA GENERAL

DX:
- DIA 2 POP CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN)

SUBJETIVO: REFIERE ENCONTRARSE EN MEJORES CONDICIONES CLINICAS, TOLERANDO DIETA LIQUIDA, SIN DOLOR ABDOMINAL EN REPOSO, CON FLATOS, SIN DEPOSICIONES TODAVIA.

OBJETIVO
ALERTA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, MUCOSAS HUMEDAS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS SIN SIGNOS DE INFECCION, SIN SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, EN EL MOMENTO CON DOLOR LEVE A LA PALPACION DE HIPOCONDRIO IZQUIERDO Y MESOGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

14/09/21
HEMOGRAMA: LEUCOS 12.84, HB 14.5, HTO 42.2, PLAQUETAS 189.000, NEUTROFILOS 87.8%, LINFOCITOS

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 9 **Edad** 37 AÑOS
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 13/09/2021 07:18:31 **EGRESO Fec:** 16/09/2021 05:06:54
Atn. Ingreso AMBULATORIO **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 6 CIRUGIA AMBULATORIA

8.7%

ANALISIS
PACIENTE DE 37 AÑOS DIA 2 POP CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN), QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA CON MEJORIA CLINICA, SIN NUEVOS EPISODIOS EMETICOS TOLERANDO ADECUADAMENTE DIETA LIQUIDA, SIN DOLOR DORSAL, SIN DOLOR ABDOMINAL EN REPOSO, ABDOMEN BALNDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR LEVE EN MESOGASTRIO Y EPIGASTRIO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, CON HERIDAS SIN SIGNOS DE INFECCION. SE JUSTA MANEJO MEDICO.

PLAN
CONTINUAR HOSPITALIZACION
DIETA LIQUIDA 1 MES
SUSPENDER METOCLOPRAMIDA
RESTO DE MANEJO MEDICO SIN CAMBIOS

Realizada por : **M0576** **YENIFER HENAO VARGAS** **Especialidad** MEDICINA GENERAL **15/09/2021 09:29:12**

SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION

Realizada por : **M0345** **BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO** **Especialidad** MEDICINA GENERAL **15/09/2021 23:26:14**

PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL, EN DIA 2 POP DE CIRUGIA ANTIREFLUJO (FUNDUPLICATURA NISSEN), RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA POR SATURACION EN 40%, ENCUENTRO PACIENTE TAQUIPNEICA, CON RESPIRACION SUPERFICIAL Y JADEO, PALIDA, SUDOROSA, NORMOTENSA, TAQUICARDICA, A LA AUSCULTACION SIN SOPLOS, SIN AGREGADOS PULMONARES PERO CON HIPOVENTILACION BASAL IZQUIERDA, SE TOMA EKG CON TAQUICARDIA SINUSAL, NO SIGNOS DE ISQUEMIA, NO ARRITMIAS, FC 160, FR 30, TA 130/80, GLUCOMETRIA 116. SE ADMINISTRA BOLO DE LEV, SE INICIA OXIGENO SUPLEMENTARIO POR MASCARA DE NO REINHALACION, SE ALCANZAN METAS DE SATURACION POR ENCIMA DE 90% CON MEJORIA DEL PATRON RESPIRATORIO, POR CUADRO CLINICO SE SOSPECHA TEP, POR ESTADO POP NO SE SOLICITA DIMERO D, ESPERO CONCEPTO DE MEDICINA INTERNA PARA PERTINENCIA DE TOMA DE ANGIOTAC, INICIA ANTICOAGULACION PLENA.
PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS, POBRE PRONOSTICO A LARGO PLAZO, CONSIDERO NO CANDIDATA A REALIZAR MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA.

Realizada por : **M0345** **BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO** **Especialidad** MEDICINA GENERAL **16/09/2021 05:02:01**

HACIA LAS 03+30 RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA.
SE ENCUENTRA PACIENTE EN PARO CARDIORESPIRATORIO, SIN PULSOS CENTRALES.
SE REALIZA MASAJE CARDIACO COMO PROTOCOLO DE REANIMACION BASICA.
PASADOS 15 MINUTOS SE ENCUENTRA AUN SIN PULSOS CENTRALES, SIN SIGNOS VITALES, PUPILAS MIDRIATICAS, SIN REFLEJOS DE TALLO.
PACIENTE QUE POR COMORBILIDADES NO ES CANDIDATA A MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA COMO INTUBACION OROTRAQUEAL.
SE DICTAMINA HORA DE MUERTE A LAS 03+45

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 9 **Edad** 37 AÑOS
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 13/09/2021 07:18:31 **EGRESO Fec:** 16/09/2021 05:06:54
Atn. Ingreso AMBULATORIO **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 6 CIRUGIA AMBULATORIA

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNOSTICO

Cant.	Descripción	Observaciones

1 HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ER control para mañna
Fecha de Orden: 13/09/2021
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:14/09/2021 04:51:11 REALIZADO POR: DIANA CAROLINA RIVERA CARMONA

1 HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ER
Fecha de Orden: 14/09/2021
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:15/09/2021 05:08:42 REALIZADO POR: DIANA CAROLINA RIVERA CARMONA

1 NITROGENO UREICO
Fecha de Orden: 14/09/2021
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:15/09/2021 05:08:47 REALIZADO POR: DIANA CAROLINA RIVERA CARMONA

1 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
Fecha de Orden: 14/09/2021
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:15/09/2021 05:08:37 REALIZADO POR: DIANA CAROLINA RIVERA CARMONA

1 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
Fecha de Orden: 15/09/2021
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:16/09/2021 05:06:45 REALIZADO POR: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO

1 PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR RX
Fecha de Orden: 15/09/2021
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:16/09/2021 05:06:35 REALIZADO POR: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO

1 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERA
Fecha de Orden: 15/09/2021
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:16/09/2021 05:06:40 REALIZADO POR: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO

7. MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Cantidad	Descripción
3,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SOL. INY. 40 MG

24338592

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 24338592 **G. Etareo** 9 **Edad** 37 AÑOS

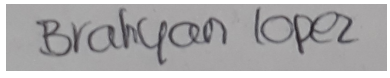
Cedula **24338592** **MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** **Sexo** Femenino

INGRESO Fec: 13/09/2021 07:18:31 **EGRESO Fec:** 16/09/2021 05:06:54

Atn. Ingreso AMBULATORIO **Atn. Egreso** HOSPITALIZACION

Pabellon Evolución: 6 CIRUGIA AMBULATORIA

3,00	BOLSA	LACTATO DE HARTMAN (RINGER) SOLUCION INYECTABLE /500 ML
4,00	AMPOLLAS	TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 50 MG/1 ML
6,00	AMPOLLAS	DIPIRONA SODICA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2 ML
4,00	AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 10 MG/2 ML
1,00	UNIDAD	HIDROMORFONA CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 2 MG/ML/1 ML
1,00	AMPOLLAS	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO SOLUCION INYECTABLE 20 MG/ML/1 ML
1,00	AMPOLLAS	ENOXAPARINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4 ML



M0345 **BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO**

Reg. 1054994636

MEDICINA GENERAL

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **42** **FECHA** **13/09/2021 12:35:44** **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

NOTAS ENFERMERIA

Ingresa paciente al servicio de admisiones deambulando por sus propios medios llega en compañía de el familiar,paciente y familiar con su respectivo tapabocas por protocolo de covid -19.
PROCEDIMIENTO QX ANTIREFLUJO

Se presenta equipo de preparación de enfermería la cual se encuentra con todos los elementos de protección personal, Se realiza lista de chequeo de cirugía segura, paciente refiere estar en completo ayuno. refiere NO ser alérgica refiere DISCAPACIDAD MENTAL, COGNITIVA Y FISICA como enfermedad importante.

Se hace cambiar al paciente con ropa bata de cirugía gorro y polainas Se dan al paciente y al familiar guiá de cuidados prevención de caídas deberes y derechos

con Previo lavado de manos con clorhexidina y calzando guantes limpios la auxiliar de enfermería ANA TORO procede a realizar desinfección de sitio a puncionar y procede a canalizar con catéter # 18 en MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO quedando permeable debidamente rotulado y fijo pasando profilaxis antibiótica de CEFAZOLINA X 1GR 2 ampollas en 100 cc de ssn

Se hacen firman consentimientos por el acompañante, el paciente y los especialistas, Se traslada paciente a sala de cirugía en silla de ruedas en compañía de la auxiliar de enfermería se entrega historia clínica completa exámenes traídos por el paciente y canasta de medicamentos paciente BENEFICIARIA,CUENTA CON CARNET QUE LA EXONERA DE EL COPAGO

Nota realizada por: LUISA FERNANDA FRANCO GARCIA Fecha: 13/09/21 12:35:46

LUISA FERNANDA FRANCO GARCIA
Reg. 1053852187
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **43** **FECHA** **13/09/2021 15:52:30** **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

NOTAS ENFERMERIA

NOTA SALA CX*****

INGRESA PACIENTE A SALA DE CIRUGÍA NUMERO 2, EN SILLA DE RUEDAS,PROGRAMADA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ANTIREFLUJO CIRUJANO DR MAURICIO OSORIO Y DR JUAN MANUEL VENEGAS ANESTESIOLOGO DR JUAN ESTEBAN SOSA,MANILLA DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE REFIERE NO ALERGIAS A MEDICAMENTOS CON LIQUIDOS VENOSOS PERMEABLES EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO #18 ,TRAE CONSENTIMIENTOS FIRMADOS ,ANTIBIOTICO ADMINISTRADO EN ADMISIONES 2GR DE CEFAZOLINA BIEN TOLERADO POR LA PACIENTE ,SE INICIA PARADA VERIFICANDO ITEMS DE CIRUGIA SEGURA,SE ACOMODA PACIENTE EN POSICION SUPINO , SE MONITORIZA SIGNOS VITALES

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

ESTABLES PA:120/85 FC:65 SPO2:99%.

INICIA INDUCCION DE ANESTESIA GENERAL BAJO MASCARA FACIAL OXIGENANDO 2LT POR MINUTO POR ORDEN VERBAL DEL DR SOSA SE ADMINISTRA 40MG DE LIDOCAINA +150MG DE PROPOFOL +30MG DE ESMERON + REMIFENTANILO PASANDO POR SET PERFUSOR 6NG/MG/H DR SOSA PROCEDE A INSERCCION DE TUBO OROTRAQUEAL #7.0 SE INFLA BALON, SE FIJA Y SE CONECTA A MAQUINA DE ANESTESIA HALOGENANDO SEVORANE 2% SIN COMPLICACIONES

POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESA PINZON CON PREVIO LAVADO DE MANOS UTILIZANDO TECNICA SEPTICA Y CALZADO DE GUANTES ESTERILES SE REALIZA LAVADO DEL AREA QUIRURGICA CON GASA IMPREGNADA DE COLHEXIDINA ESPUMA REALIZANDO FRICCION DEL CENTRO HACIA LA PERIFERIA SE RETIRAN RESIDUOS CON COMPRESA ESTERIL Y SE PINTA CON CLORHEXIDINA SOLUCION , EQUIPO QUIRURGICO PROCEDE VESTIR CON CAMPOS ESTERILES .

INICIA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ANTIREFLUJO CIRUJANO PRESENTE DR OSORIO Y DR VENEGAS AYUDANTE DRA RESIDENTE ANESTESIOLOGO DR SOSA INSTRUMENTADOR LEONARDO FERNANDEZ AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESA PINZON .

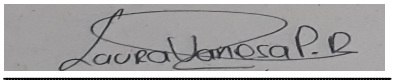
POR ORDEN VERBAL DEL DR AMILCAR SE ADMINISTRA COMO ANALGESIA 4MG DE DEXAMETASONA +75MG DE DICLOFENACO + 2GR DE DIPIRONA EN 500CC DE SSN VIA INTRAVENOSA PASANDO POR EQUIPO MACROGOTERO BIEN TOLERADA POR LA PACIENTE.

POR ORDEN VERBAL DEL DR AMILCAR SE ADMINISTRA 600MCG DE HIDROMORFONA VIA INTRAVENOSA DIRECTA BARRIENDO CON SSN SIN COMPLICACIONES.

TERMINA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SIN NINGUNA COMPLICACION, QUEDAN HERIDAS QUIRUGICAS SUTURADAS CUBIERTAS CON GASA MAS FIXO MULL LIMPIO Y SECO.

SE TRASLADA A SALA DE RECUPERACION CON BARANDAS ARRIBA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESA PINZÓN Y ANESTESIOLOGO DR SOSA BAJO LOS EFECTOS RESIDUALES DE ANESTESIA GENERAL, CON LÍQUIDOS VENOSOS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLES PASANDO SSN SIN MEZCLA,SE COMENTA SOBRE PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS DURANTE CIRUGIA.

Nota realizada por: LAURA VANESA PINZON RAMIREZ Fecha: 13/09/21 16:30:00



LAURA VANESA PINZON RAMIREZ
Reg. 17049246519
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **44** **FECHA** **13/09/2021 16:22:03** **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

CIRUGÍAS

CANT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Grupo Quirúrgico
1	446604	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO MAS RECONSTRUCCION DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O	018

Médico: MAURICIO OSORIO CHICA **Especialidad:** CIRUGIA GENERAL **Vía:** ABDOMINAL

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

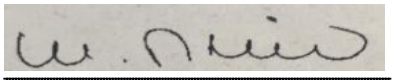
DESCRIPCÓN CIRUGÍA

Medico M0113 MAURICIO OSORIO CHICA **Especialidad:** CIRUGIA GENERAL

Diagnostico Preoperatorio: K210 ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS
Diagnostico Postoperatorio: K210 ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS
Tipo de Herida: LIMPIA **Tipo de Anestesia:** GENERAL **Tipo de Cirugia:** PROGRAMADA
Cantidad de Sangrado: 0 **ml.** **Vía:** UNICA VÍA
Realizacion Acto Quirurgico: 13/09/2021 **Hora Inicio** 15:15:00 **Hora Final** 16:15:00
Tiempo de Perfusión: 0 **Minuto** **Tiempo de Clamp:** 0 **Minuto**
Descripcion Quirurgica:

SE UTILIZAN EPP PARA TODO EL PERSONAL. SE REALIZA PROTOCOLO DE PREVENCION DEL COVID 19
NEUMO CERRADO CON VERES EN PUNTO DE PALMER. TROCAR DE 11 DESECHABLE AL LADO IZQUIERDO DEL OMBLIGO. TROCAR DE 10 AL LADO DERECHO . TROCAR DE 5 EN HIPOCNDRIO DERECHO. 10 EN FLANCO IZQUIRDO Y 5 EN EPIGASTRIO
SE DISECAN LOS PILARES DEL DIAFRAGMA. SE REDUCE EL SACO DE LA HERNIA Y EL ESTOMAGO HACIA LA CAVIDAD QUEDANDO CON UN ESOFAGO ABDOMINAL DE 4 CM . SE CALIBRA EL HIATO CON DOS PUNTOS DE ETHIBON 0 SOBRE UN DILATADOR ESOFAGICO 32. SE REALIZA NISSEN DE 360 GRADOS CON TRES PUNTS DE ETHIBON 0 SOBRE EL MISMO DILATADOR QUEDANDO CON UNA PLICATURA DE 3 CM
NO COMPLICACIONES . SE RETIRAN PUERTOS VERIFICANDO LA HERMOSTASIA. SE ASPIRA EL NEUMO
SE CIERRA FASCIA CON PROLENE O Y PIEL CON VICRYL 000
COMPRESAS E INSTRUMENTAL COMPLETOS.

Complicacion:



MAURICIO OSORIO CHICA
Reg. 10128
CIRUGIA GENERAL

OTROS PARTICIPANTES

CÓDIGO	NOMBRE	TIPO	PARTICIPO?
M0099	JUAN ESTEBAN SOSSA	ANESTESIOLOGO	S
M0111	JUAN MANUEL VENEGAS CEBALLOS	ESPECIALISTA/CIRUJANO	S
M0579	ANDREA MARISOL ORTEGA NARVAEZ	AYUDANTE	S

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **45** **FECHA** **13/09/2021 16:44:16** **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

EVOLUCIÓN MÉDICO

POP MEDIATO DE CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN)
NO COMPLICACIONES

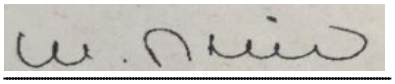
TRASLADO A PISO
CABECERA ELEVADA
EN 4 HORAS DAR DIETA LIQUIDA
DURANTE 1 MES UNICAMENTE LIQUIDOS

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

ANALGESIA IV
PROTECCION GASTRICA
ANTIEMETICO SI SINTOMAS
CONTROL DE HB PARA EL DIA DE MAÑANA

Evolución realizada por: MAURICIO OSORIO CHICA-Fecha: 13/09/21 16:44:28



MAURICIO OSORIO CHICA
Reg. 10128
CIRUGIA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **46** **FECHA** **13/09/2021 17:12:34** **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

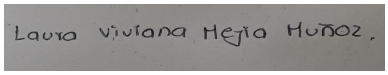
NOTAS ENFERMERIA

nota de recuperacion

Ingresa paciente a sala de recuperacion en camilla con barandas arriba bajo efectos de anestesia general llega en compañia de la auxiliar de enfemeria y del anestesiologo proveniente del procedimiento de cirugia antirreflujo con acceso venoso permeable en extremidad superior izquierdo pasando ssn sin mezcla, con herida quirugica cubierta con fixomul limpia y seca trae historia clinica del quirofano,
----- Se administra oxigeno bajo mascra a 5 litros por minuto se monitoriza mostrando signos vitales dentro de los paramtros normales se coloca hielo local cubierto con compresa para evitar lesiones en la piel, se coloca manta termica encima de la cobija
----- Paciente que se recupera satisfactoriamente

----- Egresa para el servicio de hospitalizacion habitacion 307b con signos vitales estabbles , alerta conciente orienatado afebril e hidratado sin soporte de oxigeno sin signos de dificultad para respirar con acceso venoso permeable en extremidad superior izuqierdo- pasando ssn sin mezcla, con herida quirugica cubierta con fixomul limpia y seca sin signos de dificlutad respiratoria egresa en camilla con barandas arriba en compañia de la jefe de enfemeria y de auxilar de enfermeria se entrega hoja de tratamiento, informe quirurgico, kardex de enfermeria, se informa sobre la estancia en el quirofano. Y se dan las indicaciones medicas

Nota realizada por: LAURA VIVIANA MEJIA MUÑOZ Fecha: 13/09/21 17:13:00



LAURA VIVIANA MEJIA MUÑOZ
Reg.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **47** **FECHA** **13/09/2021 18:37:09** **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

NOTAS ENFERMERIA

NOTA DE INGRESO

PREVIO HIGIENE DE MANOS , SE VALORA PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN,DIAGNOSTICO Y MANEJO DE INFECCIÓN POR SARS-COV2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION DE LA SALUD.

PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION 3 PISO PROCEDENTE DEL SERVICIO DE QUIROFANO EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CAMILLA . PACIENTE QUIEN REFIERE SENTIRSE BIEN.
PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA , AFEBRIL AL TACTO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ CON MUCOSAS ORALES HUMEDAS CUELLO MOVIL, SIN PRESENCIA DE MASAS, TORAX SIMETRICO, NORMOCARDICA , NORMOTENSA SIN SOPORTE DE OXIGENO SATURANDO POR ENCIMA DEL 90%, SIGNOS VITALES DE INGRESO: PRESION ARTERIAL: 105/63 FRECUENCIA CARDIACA: 105 LATIDOS POR MINUTO SATURACION: 92% TEMPERATURA: 36°C, CON ACCESO VENOSO EN ANTEBRAZO DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO SOLUCION SALINA NORMAL PERMEABLES SIN SIGNOS DE FLEBITIS,TRAE MANILLA DE IDENTIFICACIÓN, CON ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN; CON HERIDAS QUIRURGICAS ABDOMINALES SUTURADAS CUBIERTAS CON GASA Y MICROPORE LIMPIAS Y SECAS, SIN EVIDENCIA DE SANGRADOS O HEMATOMA, SE LE APLICA HIELO LOCAL. GENITOURINARIO EXTERNO SIN ALTERACIONES APARENTES, ELIMINANDO ESPONTANEO EN PAÑAL, PACIENTE QUE NO MOVILIZA EXTREMIDADES INFERIORES, SE OBSERVAN SIN EDEMAS ADECUADA PERFUSION DISTAL Y LLENADO CAPILAR, RESTO DE PIEL INTEGRA .
SE DEJA PACIENTE COMODA EN HABITACION, CON ACOMPAÑANTE , TIMBRE CERCA PARA EL LLAMADO DE ENFERMERIA Y BARANDAS ELEVADAS, SE RECIBE FOLIO DE QUIROFANO.

SE PRESENTA PERSONAL DE ENFERMERÍA
SE REALIZA PROTOCOLO DE BIENVENIDA
SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE ATENCION
SE EXPLICAN GUIA DE CUIDADOS Y DE RIESGOS DE CAIDAS
SE DILIGENCIA ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS
SE INDAGA SOBRE ALERGIAS LA CUAL REFIERE ALERGIAS AL MICROPORE
SE DAN A CONOCER LOS PRINCIPALES DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES
SE INFORMA SOBRE LA IMPORTANCIA DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE

CUIDADOS DE ENFERMERIA

CONTROL DE SIGNOS VITALES
POSICIÓN SEMIFOWLER CABECERA A 30º
BARANDAS ELEVADAS
CUIDADOS CON INVASIVOS
CUIDADOS CON PIEL MEDIDAS DE CONFORT Y ANTIESCARAS
ASISTIR ACTIVIDADES

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

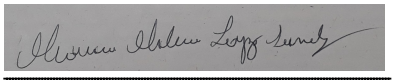
Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

MEDIDAS ANTI EMBOLICAS- ANTINEUMONICAS- ANTIESCARAS
ENJUAGUES ORALES CON CLOREXIDINA + ASEO COMPLETO DE CAVIDAD ORAL
CUIDADOS CON HERIDAS QUIRURGICAS
HIELO LOCAL
VERIFICAR SIGNOS DE SANGRADO O HEMATOMA
VIGILAR ESTADO HEMODINAMICO
VIGILAR SIGNOS DE BAJO GASTO
VIGILAR PATRON RESPIRATORIO
DIETA LIQUIDA NO AVANZAR
AVISAR CAMBIOS

PENDIENTE

SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL

Nota realizada por: MONICA MILENA LOPEZ SANCHEZ Fecha: 13/09/21 18:37:13



MONICA MILENA LOPEZ SANCHEZ
Reg. 34778
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **48** **FECHA** **13/09/2021 20:01:22** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE MEDICO

JUAN MANUEL VENEGAS CEBALLOS
Reg. 164
CIRUGIA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **49** **FECHA** **13/09/2021 20:03:59** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SO	INTRAVENOSA	24 Horas	**NUEVO**
3,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN (RINGER) SOLUCION INYECTA	INTRAVENOSA	8 Horas	**NUEVO**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

1500 cc para 24 horas

3,00	1,00 AMPOLLAS	TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 50	INTRAVENOSA	8 Horas	**NUEVO**

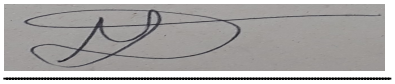
en caso de dolor itnenos

8,00	2,00 AMPOLLAS	DIPIRONA SODICA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2 ML 1	INTRAVENOSA	6 Horas	**NUEVO**

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L	**Realizado**

control para mañna
.
FECHA Y HORA DE APLICACION:14/09/2021 04:51:11 REALIZADO POR: DIANA CAROLINA RIVERA CARMONA



DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ
Reg. 1112775042
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **50** **FECHA** **13/09/2021 20:13:40** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

Julian Buritica Ruiz

JULIAN BURITICA RUIZ
Reg. 21782
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **51** **FECHA** **13/09/2021 21:24:02** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE QUIEN SE OBSERVA EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADO USO DEL TAPOBOCAS . PACIENTE INTRANQUILA, CONSCIENTE, ORIENTADA, ALERTA AFEBRIL HIDRATADO CON GLASSGOW 15/15 . SIN SOPORTE DE OXIGENO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORICON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN DORSO CON CATETER 18, SIN SIGNOS DE FLEBITIS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLORO A LA PALPACION CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS CON GASA MAS MICROPORE LIMPIO Y SECO , MIEMBROS INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA . ELIMINA EXPONTANEO EN BAÑO , PIEL INTEGRA, CON ACOMPAÑANTE,PACIENTE CON BARANDAS ELEVADAS . MANILLA DE IDENTIFICACION Y TABLERO BIEN DILIGENCIADO .

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SE LE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE MANTENER LAS BARANDAS ELEVADAS Y DEL TIMBRE DE LLAMADO DE ENFERMERIA

CUIDADOS DE ENFERMERIA :

CUIDADOS CON ACCESO VENOSO

CUIDADOS CON HERIDAS QUIRURGICAS

POSICION SEMIFOWLER

BARANDAS ELEVADAS

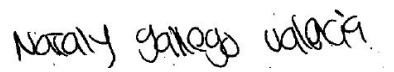
FRENOS ACTIVOS

RIESGO ALTO DE CAIDA

PENDIENTE :

SEGUIMIENTO POR CX GENERAL

Nota realizada por: NATALY GALLEGO VALENCIA Fecha: 13/09/21 21:24:04



NATALY GALLEGO VALENCIA
Reg. 17-049-1577-17
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **52** **FECHA** **13/09/2021 23:48:27** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

YURY LORENA RAMIREZ VALENCIA
Reg. 1060651425
AUXILIAR DE ENFERMERIA

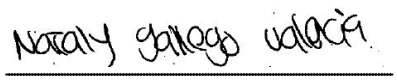
HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **53** **FECHA** **14/09/2021 01:15:33** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA



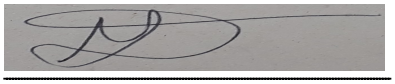
NATALY GALLEGO VALENCIA
Reg. 17-049-1577-17
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **54** **FECHA** **14/09/2021 03:24:21** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 10 MG/2 M	INTRAVENOSA	Dosis Unica	**NUEVO**

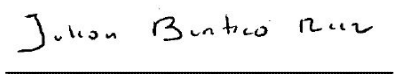


DANIEL FELIPE MARIN SANCHEZ
Reg. 1112775042
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **55** **FECHA** **14/09/2021 03:25:11** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA



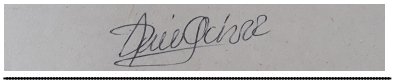
JULIAN BURITICA RUIZ
Reg. 21782
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **56** **FECHA** **14/09/2021 05:53:27** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO



ANDRES ALBERTO GONZALEZ RODRIGUEZ
Reg. 1022955430
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **57** **FECHA** **14/09/2021 06:09:58** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE QUIEN PASA LA NOCHE EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADO USO DEL TAPOBOCAS . PACIENTE INTRANQUILA, CONSCIENTE, ORIENTADA, ALERTA AFEBRIL HIDRATADO CON GLASSGOW 15/15 . SIN SOPORTE DE OXIGENO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORICON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN DORSO CON CATETER 18, SIN SIGNOS DE FLEBITIS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLORO A LA PALPACION CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS CON GASA MAS MICROPORE LIMPIO Y SECO , MIEMBROSINFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA . ELIMINA EXPONTANEO EN BAÑO , PIEL INTEGRA, CON ACOMPAÑANTE,PACIENTE CON BARANDAS ELEVADAS . MANILLA DE IDENTIFICACION Y TABLERO BIEN DILIGENCIADO . ACEPTO Y TOLERO TRATMIENTO MEDICO ADMINISTRADO SIN COMPLICACION , QUEDA CON SIGNOS VITALES ESTABLES . PACIENTE QUE " REFIERE MUCHO DOLOR " PRESENTA EPISODIOS DE EMESIS SE LE ADMINISTRA METOCLOPRAMIDA POR ORDEN DEL EMDICO DE TURNO CON BUEN EFECTO .

SE LE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE MANTENER LAS BARANDAS ELEVADAS Y DEL TIMBRE DE LLAMADO DE ENFERMERIA

CUIDADOS DE ENFERMERIA :

CUIDADOS CON ACCESO VENOSO

CUIDADOS CON HERIDAS QUIRURGICAS

POSICION SEMIFOWLER

BARANDAS ELEVADAS

FRENOS ACTIVOS

RIESGO ALTO DE CAIDA

PENDIENTE :

SEGUIMIENTO POR CX GENERAL

Nota realizada por: NATALY GALLEGO VALENCIA Fecha: 14/09/21 06:10:00

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Nataly Gallego Valencia

NATALY GALLEGO VALENCIA
Reg. 17-049-1577-17
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **58** **FECHA** **14/09/2021 09:20:07** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCIÓN MÉDICO

EVOLUCION CIRUGIA GENERAL
DX:
- DIA 1 POP CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN)

SUBJETIVO: REFIERE PRESENTAR EMESIS AL INGERIR DIETA LIQUIDA, AUN CON DOLOR EN MODULACION.

OBJETIVO
ALERTA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, MUCOSAS HUMEDAS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS SIN SIGNOS DE INFECCION, SIN SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, EN EL MOMENTO CON DOLOR LEVE A LA PALPACION DE HIPOCONDRIO IZQUIERDO Y MESOGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

14/09/21
HEMOGRAMA: LEUCOS 12.84, HB 14.5, HTO 42.2, PLAQUETAS 189.000, NEUTROFILOS 87.8%, LINFOCITOS 8.7%

ANALISIS
PACIENTE DE 37 AÑOS DIA 1 POP CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN), QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA CON DOLOR DORSAL, Y EN ABDOMEN EN MODULACION, MENCIONA QUE PRESENTA EPISODIOS EMETICOS CON DIETA LIQUIDA, ABDOMEN BLANDO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, CON HERIDAS SIN SIGNOS DE INFECCION. SE JUSTA MANEJO MEDICO. ATENTOS A EVOLUCION.

PLAN
CONTINUAR HOSPITALIZACION
DIETA LIQUIDA 1 MES
METOCLOPRAMIDA 1 AMP IV CADA 8 HORAS
RESTO DE MANEJO MEDICO SIN CAMBIOS
SS HEMOGRAMA, FUNCION RENAL

Evolución realizada por: JUAN MANUEL VENEGAS CEBALLOS-Fecha: 14/09/21 09:20:09

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
3,00	1,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 10 MG/2 M	INTRAVENOSA	8 Horas	**MODIFICADO**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L	**Realizado**

FECHA Y HORA DE APLICACION:15/09/2021 05:08:42 REALIZADO POR: DIANA CAROLINA RIVERA CARMONA

1	NITROGENO UREICO	**Realizado**

FECHA Y HORA DE APLICACION:15/09/2021 05:08:47 REALIZADO POR: DIANA CAROLINA RIVERA CARMONA

1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	**Realizado**

FECHA Y HORA DE APLICACION:15/09/2021 05:08:37 REALIZADO POR: DIANA CAROLINA RIVERA CARMONA

JUAN MANUEL VENEGAS CEBALLOS
Reg. 164
CIRUGIA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **59** **FECHA** **14/09/2021 10:08:20** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCIÓN MÉDICO

SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION

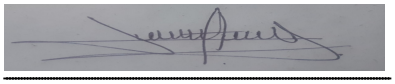
Evolución realizada por: YENIFER HENAO VARGAS-Fecha: 14/09/21 10:08:23

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SO	INTRAVENOSA	24 Horas	**CONTINUAR**
3,00	1,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 10 MG/2 M	INTRAVENOSA	8 Horas	**CONTINUAR**
3,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN (RINGER) SOLUCION INYECTA	INTRAVENOSA	8 Horas	**CONTINUAR**
1500 cc para 24 horas					
3,00	1,00 AMPOLLAS	TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 50	INTRAVENOSA	8 Horas	**CONTINUAR**
en caso de dolor itnenos					
8,00	2,00 AMPOLLAS	DIPIRONA SODICA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2 ML 1	INTRAVENOSA	6 Horas	**CONTINUAR**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

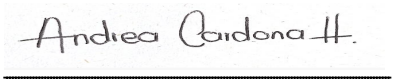


YENIFER HENAO VARGAS
Reg. 1053786176
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **60** **FECHA** **14/09/2021 10:33:14** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA



PAOLA ANDREA CARDONA HENAO
Reg. 1053835030
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **61** **FECHA** **14/09/2021 11:09:40** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, INTRANQUILA, AFEBRIL, HIDRATADO, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FELBITIS. SE OBSERVAN HERIDA QUIRURGICA ABDOMINAL CUBIERTO CON MATERIAL DE CURACION LIMPIO Y SECO. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR MODERADO A LA PALPACION. ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PATO. EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA. RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR. SE BRINDA INFORMACION SOBRE HABITOS DE SALUD Y ADECUADO USO DE TAPABOCAS.

Nota realizada por: MARLY YISEL GUZMAN MUÑOZ Fecha: 14/09/21 11:09:43

MARLY YISEL GUZMAN MUÑOZ
Reg. 1104675543
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **62** **FECHA** **14/09/2021 12:10:17** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

EIMY JULIANA RIOS CASTRILLON
Reg. 1002634995
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **63** **FECHA** **14/09/2021 18:17:52** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EIMY JULIANA RIOS CASTRILLON
Reg. 1002634995
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **64** **FECHA** **14/09/2021 18:20:42** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

EIMY JULIANA RIOS CASTRILLON
Reg. 1002634995
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **65** **FECHA** **14/09/2021 18:46:18** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. PACIENTE QUE PASA EL DIA TRANQUILO, TOLERA POSITIVAMENTE EL TRATAMIENTO FORMULADO POR EL MEDICO. CONCIENTE, INTRANQUILA, AFEBRIL, HIDRATADO, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FELBITIS. SE OBSERVAN HERIDA QUIRURGICA ABDOMINAL CUBIERTO CON MATERIAL DE CURACION LIMPIO Y SECO. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR MODERADO A LA PALPACION. ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PATO. EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA. RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR. SE BRINDA INFORMACION SOBRE HABITOS DE SALUD Y ADECUADO USO DE TAPABOCAS.

Nota realizada por: MARLY YISEL GUZMAN MUÑOZ Fecha: 14/09/21 18:46:21

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1		**Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1	
Fecha Nacimiento: 18/08/1984	**Edad actual :** 37 AÑOS	**Sexo:** Femenino	**Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776		**Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR	
Barrio: SIN IDENTIFICAR		**Departamento:** CALDAS	
Municipio: MANIZALES		**Ocupacion:** NO APLICA	
Etnia: Ninguna de las anteriores		**Grupo Etnico:**	
Nivel Educativo: NINGUNO		**Atención Especial:** OTROS	
Discapacidad: Multideficit		**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO	

MARLY YISEL GUZMAN MUÑOZ
Reg. 1104675543
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **66** **FECHA** **14/09/2021 22:14:58** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

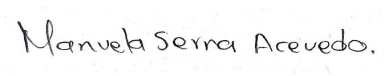
RECIBO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ADECUADO USO DEL TAPABOCAS, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. CON ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS CON GASA MAS MICROPORE LIMPIO Y SECO, ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA. RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR. SE BRINDA INFORMACION SOBRE HABITOS DE SALUD Y ADECUADO USO DE TAPABOCAS

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

CONTROL DE SIGNOS VITALES
CUIDADOS CON PIEL
CUIDADOS CON ACCESO VENOSO
MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTINEUMONIA
VIGILAR PATRON RESPIRATORIO

PENDIENTE:
SEGUIMIENTO POR CX GENERAL

Nota realizada por: MANUELA SERNA ACEVEDO Fecha: 14/09/21 22:15:01



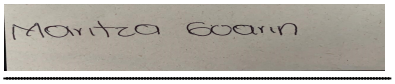
MANUELA SERNA ACEVEDO
Reg. 1002652669
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **67** **FECHA** **14/09/2021 23:22:20** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

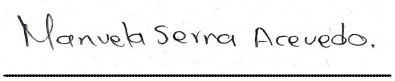


MARITZA ALEXANDRA GUARIN MARULANDA
Reg. 1054988894
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **68** **FECHA** **15/09/2021 03:00:14** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA



MANUELA SERNA ACEVEDO
Reg. 1002652669
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **69** **FECHA** **15/09/2021 06:03:18** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES, ME PRESENTO DOY EDUCACION, PACIENTE QUE SE LE INDICA PERMANECER CON EL TAPABOCAS PUESTO NO REFIERE NADA EN ESPECIAL, TOLERA MEDICAMENTOS Y DIETA INSTITUCIONAL DE BUENA MANERA, PASA ESTABLE DURANTE LA NOCHE SE OBSERVA DORMIR INTERVALOS LARGOS, SIN NINGUN CAMBIO, CON ACOMPAÑANTE PERMANENTE, CON SIGNOS VITALES ESTABLES.

PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ADECUADO USO DEL TAPABOCAS, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. CON ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS CON GASA MAS MICROPORE LIMPIO Y SECO, ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA. RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR. SE BRINDA INFORMACION SOBRE HABITOS DE SALUD Y ADECUADO USO DE TAPABOCAS

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

CONTROL DE SIGNOS VITALES
CUIDADOS CON PIEL
CUIDADOS CON ACCESO VENOSO
MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTINEUMONIA
VIGILAR PATRON RESPIRATORIO

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

PENDIENTE:
SEGUIMIENTO POR CX GENERAL
Nota realizada por: MANUELA SERNA ACEVEDO Fecha: 15/09/21 06:03:23

Manuela Serna Acevedo.

MANUELA SERNA ACEVEDO
Reg. 1002652669
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **70** **FECHA** **15/09/2021 09:14:34** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCIÓN MÉDICO

EVOLUCION CIRUGIA GENERAL

DX:
- DIA 2 POP CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN)

SUBJETIVO: REFIERE ENCONTRARSE EN MEJORES CONDICIONES CLINICAS, TOLERANDO DIETA LIQUIDA, SIN DOLOR ABDOMINAL EN REPOSO, CON FLATOS, SIN DEPOSICIONES TODAVIA.

OBJETIVO
ALERTA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, MUCOSAS HUMEDAS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON HERIDAS QUIRURGICAS CUBIERTAS SIN SIGNOS DE INFECCION, SIN SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, EN EL MOMENTO CON DOLOR LEVE A LA PALPACION DE HIPOCONDRIO IZQUIERDO Y MESOGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

14/09/21
HEMOGRAMA: LEUCOS 12.84, HB 14.5, HTO 42.2, PLAQUETAS 189.000, NEUTROFILOS 87.8%, LINFOCITOS 8.7%

ANALISIS
PACIENTE DE 37 AÑOS DIA 2 POP CIRUGIA ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VIA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN), QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA CON MEJORIA CLINICA, SIN NUEVOS EPISODIOS EMETICOS TOLERANDO ADECUADAMENTE DIETA LIQUIDA, SIN DOLOR DORSAL, SIN DOLOR ABDOMINAL EN REPOSO, ABDOMEN BALNDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR LEVE EN MESOGASTRIO Y EPIGASTRIO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, CON HERIDAS SIN SIGNOS DE INFECCION. SE JUSTA MANEJO MEDICO.

PLAN
CONTINUAR HOSPITALIZACION
DIETA LIQUIDA 1 MES
SUSPENDER METOCLOPRAMIDA
RESTO DE MANEJO MEDICO SIN CAMBIOS

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Evolución realizada por: JUAN CARLOS MARIN MARMOLEJO-Fecha: 15/09/21 09:14:37

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
3,00	1,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 10 MG/2 M	INTRAVENOSA	8 Horas	**SUSPENDIDO**

JUAN CARLOS MARIN MARMOLEJO
Reg. 3566-311-310
CIRUGIA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **71** **FECHA** **15/09/2021 09:29:10** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

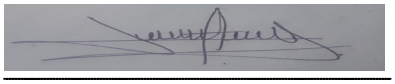
EVOLUCIÓN MÉDICO

SE ABRE FOLIO PARA FORMULACION

Evolución realizada por: YENIFER HENAO VARGAS-Fecha: 15/09/21 09:29:13

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SO	INTRAVENOSA	24 Horas	**CONTINUAR**
3,00	1,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN (RINGER) SOLUCION INYECTA	INTRAVENOSA	8 Horas	**CONTINUAR**
1500 cc para 24 horas					
3,00	1,00 AMPOLLAS	TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 50	INTRAVENOSA	8 Horas	**CONTINUAR**
en caso de dolor itnenos					
8,00	2,00 AMPOLLAS	DIPIRONA SODICA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2 ML 1	INTRAVENOSA	6 Horas	**CONTINUAR**



YENIFER HENAO VARGAS
Reg. 1053786176
MEDICINA GENERAL

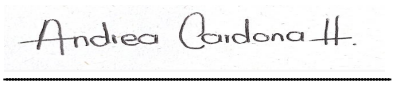
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **72** **FECHA** **15/09/2021 10:49:00** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO



PAOLA ANDREA CARDONA HENAO
Reg. 1053835030
ENFERMERIA

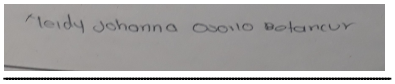
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **73** **FECHA** **15/09/2021 11:52:09** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ADECUADO USO DEL TAPABOCAS, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, POCO DOLOROSO A LA PALPACION SE OBSERVAN HERIDAS LAPAROSCOPICAS CUBIERTAS CON MATERIAL DE CURACION LIMPIAS Y SECAS, ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL , EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO

Nota realizada por: LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR Fecha: 15/09/21 11:53:47



LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR
Reg. 35974
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **74** **FECHA** **15/09/2021 16:52:01** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

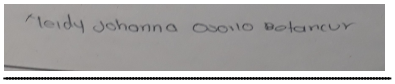
NOTAS ENFERMERIA

REALIZA PREVIA EXPLICACION Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SE REALIZA LAVADO DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECION PERSONAL. SE VERIFICA SITIO DE INSERCION Y SE PROCEDE HACER DESINFECCION DE SITIO CON ALCOHOL AL 70%, SE CANALIZA EN ANTEBREZO DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CATETER NUMERO 22 MULTIPUNCION PUNCION YA QUE AL MOMENTO DE PUNCIONAR SE EXTRAVASA LA VENA , SE VERIFICA PERMEABILIDAD, SE FIJA CON APOSITO TEGADERM PREVIAMENTE ROTULADO CON: NUMERO DE CATETER, FECHA DE INCIO, FECHA DE VENCIMIENTO, HORA. SE ORGANIZA EQUIPO Y SE ELIMINA RESIDUOS, PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN NINGUNA COMPLICACION SE CANALIZA POR FILTRACION

Nota realizada por: LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR Fecha: 15/09/21 16:52:44

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO



LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR
Reg. 35974
AUXILIAR DE ENFERMERIA

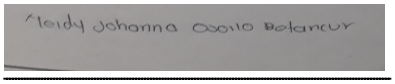
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **75** **FECHA** **15/09/2021 17:35:54** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ADECUADO USO DEL
TAPABOCAS, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, POCO DOLOROSO A LA PALPACION SE OBSERVAN HERIDAS LAPAROSCOPICAS CUBIERTAS CON MATERIAL DE CURACION LIMPIAS Y SECAS, ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL , EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO

Nota realizada por: LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR Fecha: 15/09/21 17:36:51



LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR
Reg. 35974
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **76** **FECHA** **15/09/2021 18:33:55** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

Paula Buitrago Vargas

PAULA BUITRAGO VARGAS
Reg. 34861
AUXILIAR DE ENFERMERIA

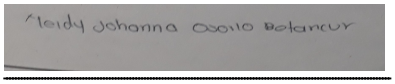
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **77** **FECHA** **15/09/2021 19:09:14** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO



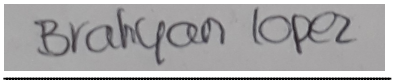
LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR
Reg. 35974
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **78** **FECHA** **15/09/2021 21:40:37** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 UNIDAD	HIDROMORFONA CLORHIDRATO SOLUCION INYECTAB	INTRAVENOSA	Dosis Unica	**NUEVO**
diluir en 10 cc y administrar 3 cc iv					
3,00	1,00 AMPOLLAS	TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 50	INTRAVENOSA	8 Horas	**SUSPENDIDO**
en caso de dolor itnenos					



BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO
Reg. 1054994636
MEDICINA GENERAL

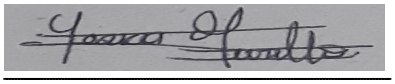
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **79** **FECHA** **15/09/2021 22:10:22** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

SE CAMBIA ACCESO VENOSO, CON PREVIA EXPLICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SE REALIZA LAVADO DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. SE VERIFICA SITIO DE INSERCIÓN Y SE PROCEDE HACER DESINFECCIÓN DE SITIO CON ALCOHOL AL 70%, SE PUNCIONA VENA CON CATÉTER NUMERO 22 ANTEBRAZO DE MANO IZQUIERDA UNICA PUNCION , SE VERIFICA PERMEABILIDAD,SE FIJA CON APÓSITO TEGADERM PREVIAMENTE ROTULADO CON: NUMERO DE CATÉTER, FECHA DE INICIO, FECHA DE VENCIMIENTO, HORA, SE ORGANIZA EQUIPO Y SE ELIMINAN RESIDUOS SE CAMBIA ACCESO VENOSO POR FILTRACION

Nota realizada por: YESICA YULIETH MURILLO GRAJALES Fecha: 15/09/21 22:10:50



YESICA YULIETH MURILLO GRAJALES
Reg. 490219
AUXILIAR DE ENFERMERIA

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

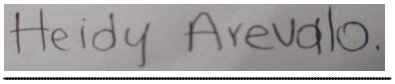
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **80** **FECHA** **15/09/2021 22:23:45** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

NOTA ACLARATORIA QUEDA EN BOGEDA 1AMP DE TRAMADOL QUE ES ADMINISTRADO A LA PACIENTE Y DESPUES FUE SUSPENDIDO A LA HORA DE TACHAR NO APARECE SE TACHA EN HOJA DE TRATAMIENTO,

Nota realizada por: HEIDY LORENA AREVALO RUBIANO Fecha: 15/09/21 22:24:36



HEIDY LORENA AREVALO RUBIANO
Reg. 1000459849
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **81** **FECHA** **15/09/2021 23:26:12** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL, EN DIA 2 POP DE CIRUGIA ANTIREFLUJO (FUNDUPLICATURA NISSEN), RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA POR SATURACION EN 40%, ENCUENTRO PACIENTE TAQUIPNEICA, CON RESPIRACION SUPERFICIAL Y JADEO, PALIDA, SUDOROSA, NORMOTENSA, TAQUICARDICA, A LA AUSCULTACION SIN SOPLOS, SIN AGREGADOS PULMONARES PERO CON HIPOVENTILACION BASAL IZQUIERDA, SE TOMA EKG CON TAQUICARDIA SINUSAL, NO SIGNOS DE ISQUEMIA, NO ARRITMIAS, FC 160, FR 30, TA 130/80, GLUCOMETRIA 116. SE ADMINISTRA BOLO DE LEV, SE INICIA OXIGENO SUPLEMENTARIO POR MASCARA DE NO REINHALACION, SE ALCANZAN METAS DE SATURACION POR ENCIMA DE 90% CON MEJORIA DEL PATRON RESPIRATORIO, POR CUADRO CLINICO SE SOSPECHA TEP, POR ESTADO POP NO SE SOLICITA DIMERO D, ESPERO CONCEPTO DE MEDICINA INTERNA PARA PERTINENCIA DE TOMA DE ANGIOTAC, INICIA ANTICOAGULACION PLENA.

PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS, POBRE PRONOSTICO A LARGO PLAZO, CONSIDERO NO CANDIDATA A REALIZAR MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA.

Evolución realizada por: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO-Fecha: 15/09/21 23:26:15

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	
1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	**Realizado**

.
FECHA Y HORA DE APLICACION:16/09/2021 05:06:45 REALIZADO POR: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO SOLUCION INYECTABLE	INTRAVENOSA	Dosis Unica	**NUEVO**
2,00	1,00 AMPOLLAS	ENOXAPARINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4 ML	SUBCUTANEA	12 Horas	**NUEVO**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

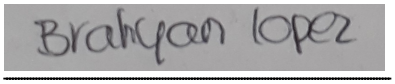
ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR RX	**Realizado**

.
FECHA Y HORA DE APLICACION:16/09/2021 05:06:35 REALIZADO POR: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO

Cantidad	Descripción	
1	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	**Realizado**

.
FECHA Y HORA DE APLICACION:16/09/2021 05:06:40 REALIZADO POR: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO



BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO
Reg. 1054994636
MEDICINA GENERAL

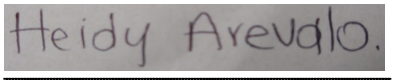
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **82** **FECHA** **15/09/2021 23:36:15** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

SE CAMBIA ACCESO VENOSO, CON PREVIA EXPLICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SE REALIZA LAVADO DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. SE VERIFICA SITIO DE INSERCIÓN Y SE PROCEDE HACER DESINFECCIÓN DE SITIO CON ALCOHOL AL 70%, SE PUNCIONA VENA CON CATÉTER NUMERO 22 EN DORSO DE MANO DERECHA UNICA PUNCION , SE VERIFICA PERMEABILIDAD,SE FIJA CON APÓSITO TEGADERM PREVIAMENTE ROTULADO CON: NUMERO DE CATÉTER, FECHA DE INICIO, FECHA DE VENCIMIENTO, HORA, SE ORGANIZA EQUIPO Y SE ELIMINAN RESIDUOS SE CAMBIA ACCESO VENOSO POR FILTRACION

Nota realizada por: HEIDY LORENA AREVALO RUBIANO Fecha: 15/09/21 23:36:16



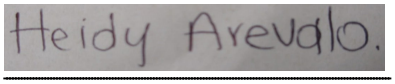
HEIDY LORENA AREVALO RUBIANO
Reg. 1000459849
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **83** **FECHA** **16/09/2021 00:16:46** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO



HEIDY LORENA AREVALO RUBIANO
Reg. 1000459849
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **84** **FECHA** **16/09/2021 04:09:28** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

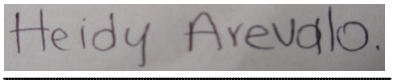
FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA

SERGIO ALEJANDRO VARGAS ARISTIZABAL
Reg. 1060655523
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **85** **FECHA** **16/09/2021 04:13:16** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

FOLIO EN BLANCO DE ENFERMERIA



HEIDY LORENA AREVALO RUBIANO
Reg. 1000459849
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **86** **FECHA** **16/09/2021 05:01:58** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

Salida Clínica: **16/09/2021 05:06:54**

EVOLUCIÓN MÉDICO

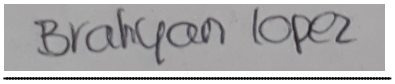
HACIA LAS 03+30 RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA.
SE ENCUENTRA PACIENTE EN PARO CARDIORESPIRATORIO, SIN PULSOS CENTRALES.
SE REALIZA MASAJE CARDIACO COMO PROTOCOLO DE REANIMACION BASICA.
PASADOS 15 MINUTOS SE ENCUENTRA AUN SIN PULSOS CENTRALES, SIN SIGNOS VITALES, PUPILAS MIDRIATICAS, SIN REFLEJOS DE TALLO.
PACIENTE QUE POR COMORBILIDADES NO ES CANDIDATA A MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA COMO INTUBACION OROTRAQUEAL.
SE DICTAMINA HORA DE MUERTE A LAS 03+45

7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** 30403693

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1 **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 8709776 **Dirección:** CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio: SIN IDENTIFICAR **Departamento:** CALDAS
Municipio: MANIZALES **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguna de las anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: NINGUNO **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Multideficit **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

Evolución realizada por: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO-Fecha: 16/09/21 05:02:02



BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO
Reg. 1054994636
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO **87** **FECHA** **16/09/2021 05:22:30** **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

EGRESO
PACIENTE FEMENINA QUIEN SE ENCUENTRABA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION TERCER PISO, HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, CON SIGNOS Y SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PACIENTE QUIEN SE ENCONTRABA EN COMPAÑIA DE FAMILIARES A QUIENES SE LES HABIA INFROMADO QUE LA PACIENTE SE ENCONTRABA EN REGULARES CONDICIONES DE SALUD. A LAS 3+30 DE LA MAÑANA SE ATIENDE LLAMADO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DONDE SE ENCUENTRA PACIENTE CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN PARO CARDIO RESPIRATORIO, SIN PULSOSN PRESENTES Y LA CUAL SE ENCONTRABA CON MASCARA NO REM, POR ORDEN DE MEDICO DE TURNO SE INICIA MASAJE CARDIACO, PACIENTE QUIEN A LAS 3+46 DE LA MAÑANA FALLECE NO RESPUESTA A REANIMACION, MEDICO DE TURNO INFROMA A FAMILIA DEL PACIENTE Y SE EXPIDE CERTIFICADO DEFUNSION N°727965612

Nota realizada por: SERGIO ALEJANDRO VARGAS ARISTIZABAL Fecha: 16/09/21 05:22:33

SERGIO ALEJANDRO VARGAS ARISTIZABAL
Reg. 1060655523
ENFERMERIA

DESCRIPCIÓN DE CIRUGÍAS

IDENTIFICACIÓN

Paciente: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR **Identificación** CC 24338592
Edad: 37 AÑOS **Empresa:** SANITAS PGP 1
Sala: SALA QX3 **Fecha Cirugia:** 13/09/2021

Sede de Atención: CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A

CIRUGÍAS

CANT	CÓDIGO	NOMBRE DE LA CIRUGÍA	Grupo Quirúrgico	UVR
1	**446604**	**CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO MAS RECONSTRUCCION DE ES FINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA**	018	150

Cirujano: MAURICIO OSORIO CHICA **Especialidad:** CIRUGIA GENERAL
Vía: ABDOMINAL

DESCRIPCIÓN CIRUGÍA

CIRUJANO M0113 MAURICIO OSORIO CHICA **Especialidad** CIRUGIA GENERAL
446604 **CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO MAS RECONSTRUCCION DE ES FINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA**
Dx Preoperatorio: K210 ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS
Dx Postoperatorio: K210 ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS

Tipo de Herida: LIMPIA **Tipo de Anestesia:** GENERAL **Tipo de Cirugía:** PROGRAMADA
Cantidad de Sangrado: 0 **ml.** **Vía:** UNICA VIA
Clasificación de riesgo quirúrgico : **A.S.A :** 0 **NNIS :** 0
Realización Acto Quirúrgico: **Fecha Inicio** 13/09/21 15:15:00 **Fecha Final** 13/09/21 16:15:00
Tiempo de Perfusión: 0 **Minutos** **Tiempo de Clamp:** 0 **Minutos**

Descripcion Quirúrgica:
SE UTILIZAN EPP PARA TODO EL PERSONAL. SE REALIZA PROTOCOLO DE PREVENCION DEL COVID 19
NEUMO CERRADO CON VERES EN PUNTO DE PALMER. TROCAR DE 11 DESECHABLE AL LADO IZQUIERDO DEL OMBLIGO. TROCAR DE 10 AL LADO DERECHO . TROCAR DE 5 EN HIPOCNDRIO DERECHO. 10 EN FLANCO IZQUIRDO Y 5 EN EPIGASTRIO
SE DISECAN LOS PILARES DEL DIAFRAGMA. SE REDUCE EL SACO DE LA HERNIA Y EL ESTOMAGO HACIA LA CAVIDAD QUEDANDO CON UN ESOFAGO ABDOMINAL DE 4 CM . SE CALIBRA EL HIATO CON DOS PUNTOS DE ETHIBON 0 SOBRE UN DILATADOR ESOFAGICO 32. SE REALIZA NISSEN DE 360 GRADOS CON TRES PUNTS DE ETHIBON 0 SOBRE EL MISMO DILATADOR QUEDANDO CON UNA PLICATURA DE 3 CM
NO COMPLICACIONES . SE RETIRAN PUERTOS VERIFICANDO LA HERMOSTASIA. SE ASPIRA EL NEUMO
SE CIERRA FASCIA CON PROLENE O Y PIEL CON VICRYL 000
COMPRESAS E INSTRUMENTAL COMPLETOS.
Complicaciones : **SI** ☐ **NO** ☒

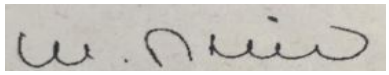
Hallazgos :
HERNIA HIATAL DE TAMAÑO MEDIANO . UNION ESOFAGOGASTRICA ASCENDIDA AL TORAX. INFLAMACION DE LA GRASA PERIESOFAGICA. HIGAGO SANO . ESTOMAGO SIN LESIONES.

Tejidos enviados a patología : **SI** ☐ **NO** ☒

OTROS PARTICIPANTES

CÓDIGO	NOMBRE	TIPO
M0099	JUAN ESTEBAN SOSSA	ANESTESIOLOGO
M0111	JUAN MANUEL VENEGAS CEBALLOS	ESPECIALISTA/CIRUJANO
M0579	ANDREA MARISOL ORTEGA NARVAEZ	AYUDANTE

DESCRIPCIÓN DE CIRUGÍAS



MAURICIO OSORIO CHICA

Reg. 10128

CIRUGIA GENERAL

*** * * FIN DEL REPORTE * * ***

Manizales 05/02/2019 07:41:29 a.m.

Paciente MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad 34 años 5 meses 2 semanas
Cedula 24338592
Institución SANITAS - URGENCIAS

ENDOSCOPIA

ESOFAGO

ESOFAGO

ESOFAGO

ANTRO

SEDACION: DRA MARGARITA ARANGO
DIAGNOSTICO DE REMISION: SANGRADO DIGESTVO

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, linea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con úlceras cubiertas de fibrina que comprometen dos tercios de la circunferencia y ascienden en forma lineal hasta los 28 cms , sin estigma de sangrado en el momento y cardias a 36 cms de la arcada dentaria amplio con hernia hiatal grande , no se toman biopsias por riesgo de resangrado

ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, pìloro central permeable, mucosa antral con eritema y edema difuso leve , no ulceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal cardias amplio y hernia hiatal ya mencionada

DUODENO: Primera y segunda porciòn normal.

DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL

BIOPSIAS:

Dr. ALBERTO ANGEL PINZON
GASTROENTEROLOGO

2486549

clínica versalles

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

Yo Monica Liliana Cifuentes Salazar *identificado con* CC TI RC CE MS AS PA 24338592 *de la (EPS)* Sanitas *a través del presente confirmo la presentación efectiva del servicio de :* vag *el día:* 04/02/2019 *hasta el día* _____ *en Clinica Versalles S.A.*

Firma del usuario

X Aseneth Botero

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

RC- 275 V3 01- / 07/ 2017

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.
Cifuentes	Salazar.	Mónica Liliana	24338592

Fecha	Servicio	Sala o Cuarto	Nº Cama	Riesgo ASA	Sexo
5/2/19				(2) 3 4 5 U	X F M

Anestesias previas	Talla (cm)	Peso (kg)	Edad D M A
Si.	1.62	70	34

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: Sangrado Digestivo.

OPERACIÓN PROPUESTA: EVDA.

HISTORIA Y ANTECEDENTES

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

ESPECÍFICO

FACILIDAD: VIA AÉREA DIENTES CUELLO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO ATORIO

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDUAL
	ESPINAL
	GENERAL

ESTADO PSICOLÓGICO

PREFIERE	ACEPTA	RECHAZA	NECESITA SANGRE	PREMEDICACIÓN	C.C.	FIRMA

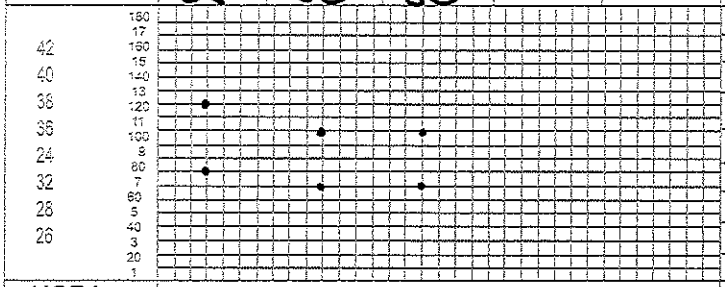
B: POST-OPERATORIO SALA DE RECUPERACIÓN

FECHA DÍA MES AÑO

POSICIÓN

RESPIRACIÓN EA: Sat: 96%. 94%. 95%.

FC: 85 83 80.



HORA

NAUSEAS	VOMITO	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACIÓN	OTRAS
							RECUPERACIÓN
							CONCIENCIA

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

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

COMENTARIOS:
* Procedimiento sin complicaciones.
* Recuperación rápida.
* Traslado a piso.

TOTALES

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

HORA SALIDA Y MOTIVO

FIRMA

16823

EFECTOS PREMEDICACIÓN

OP ☐ B ☐ R ☐ M ☐

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG.PREOPERATORIO:

DIAG. POST-OPERATORIO:

OPERACIÓN:

ANESTESIÓLOGOS: | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO. LIQUIDO: ____ SÓLIDO: ____ | TEC NICA LOCAL DISOCIIATIVA: ____ BOLQUEO: EPIDURAL: ____ GENERAL ESPINAL ____ CAUDA L: ____ ESPACIO: ____ NIVEL: ____ OTRA: ____ AGUJA: ____

POSICIÓN

RESPIRACIÓN

CCSC. ____ C.S.A. ____ C.C.C. ____ EAC

	230
	22
	210
42	20
	190
40	18
	170
38	16
	150
36	14
	130
34	12
	110
32	10
	90
28	8
	70
26	6
	50
C°	4
	30
	2
	10

I.o T No ____ ▽
I.o T No
Ed I. No ____ △
EN.. T. No
PULSO ●
RESPIRACION ○
T.A. XX
INDUCCION /
INICIACIÓN Y FINALIZACIÓN ◎
NEONATO MASC. FEM.
PV: C
T
TORNIQUETE ▩
E.C.G. ∿∿∿

1 AL 5 LÍQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

	6
	7
	8
	9
	10
	11
1	12
2	13
3	14
4	15
5	16
HEMORRAGIAS	TOTAL C.C.
DIURESIS	C.C.

AGENTES

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO:

ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO:

OBSERVACIONES

Firma y código

clínica versalles

HOSPITALIZACIÓN
CONTROL DE OXIGENO

NOMBRE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar

DOCUMENTO: 24 338 192

FECHA	LITRAJE	HORA INICIO	HORA FINAL	RESPONSABLE
5 febrero	1 litro	7:30	8:00	[illegible]
		Para ayuda		

RC-723 V1 08/03/2012

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
Cifuentes	Salazar	Monica Liliana	24338592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
Cm		C-8.

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	4.02 Sep																											
	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
Omeprazol x 40mg	11:30																											
2 amp en 100 cc																												
SSN y paso en																												
30 min.																												
Omeprazol x 40mg	15:00	~~20~~																										
1 amp en 100 cc.		~~4~~																										
SSN y paso en		~~6~~	//	Susp																								
infusion a 20cc/h																												

FIRMAS																												
	1er TURNO																											
	2do TURNO	Paula Elvira																										
	3er TURNO	nata																										

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DÍA, 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

CONTROL DE GLUCOMETRIAS

NOMBRE DEL PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar.

NUMERO DE HABITACION:

IDENTIFICACION: 24338592

SERVICIO: Cig

FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE	FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE
04/Feb	14+30	106 mg/dl	—o—	Vanessa H					
Feb 4	22+00	69 mg/dl	—"—	Mateo					
Feb 5	6+00	59 mg/dL	—"—	Dave					
	14+00	89 mg/dL	—	Luz Ensuerto					
Feb 5	22+00								
Feb 6	06+00		—	Tata					
Feb 5	22+00	81 mg/dL	—	Tata					
Feb 6	06+00	70 mg/dL	—	Tata					

clínica versalles

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Monica liliana Cifuentes Salazar	CEDULA: 24338592.	EDAD: 34 años.	PESO:	CAMA: C-8.
FECHA INGRESO: 4-Feb-2019.	GRUPOS SANGUINEO:	ENTIDAD: Sanitas	C:	B:
ALERGICO SI: NO: X	MEDICAMENTO: — / —	RIESGO DE CAIDAS: ALTO: ✓	MEDIO:	BAJO:

DIAGNOSTICO CLINICO: Hernia Hiatal Gigante Hemorragia Gastrointestinal no esp. - Hb→12,8

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Sangrado Digestivo Alto ANT. Secuelas Hipoxia Perinatal con parálisis espástica Discapacidad intelectual GRAVE / Esofagitis grado D de los angeles, Rte EVA 12-11-18 → Hernia hiatal, esofagitis grado D, gastritis cronica

ESPECIALIDAD: Gastroenterologia

DIETA: N.V.O

FECHA	LIQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
4-Feb	Hartman 80cc/h.	Observacion	- S/S. EVDA (✓).	Tahona.
		Control signos vitales	- S/S CH (✓)	
		Cuidados con acceso	- S/S Vx Gastroenterolo	
		venoso (dolor cala eterna)	gia (✓).	
		Barandas arriba		
		medidas antiescaras	- S/S CH - Cr - bun (✓) 11.5.	
		medidas antineumonicas	p/Rep (✓)	
		Posicion Fowler		
		Aseo Cavidad Oral	- S/S CH Control Mañana ( )	
		Orilla dala		
		Cuisa cambios		

RC-387 V2 05/05/2011

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

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 su bien

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

FECHA: 4 Feb 2019 UNIDAD FUNCIONAL: CM

NOMBRE DEL USUARIO: Monica liliana Arcentes DOCUMENTO: 24338692

Criterios de evaluación	Variables	Puntaje	Revaloración de escala según el riesgo			
			Fecha 04 Feb	Fecha	Fecha	Fecha
			Ingreso	48 horas	72 horas	5 Días
Caídas previas	Si	1				
	No	0	0			
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1				
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1				
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, anticonvulsionantes, otros	1	1			
Déficit sensoriales	Ninguno	0				
	Alteraciones visuales, auditivas o de la marcha	1	1			
Estado mental	Orientado	0	0			
	Confuso	1				
	Agitación Psicomotora	1				
Deambulación	Normal	0				
	Asistida con elementos de apoyo	1	1			
	Reposo absoluto postrado	1				
Edad	< de 10 o > a 75	1				
	50 a 75	1				
	< A 50	0	0			
	PUNTAJE:		3			
	RESPONSABLE:		Tala			

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		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 UNIDADES			
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: Monica Milena Cifuentes **DOCUMENTO:** 24338592

FECHA: 4 Feb 2019 **UNIDAD FUNCIONAL:** CM - Salazar **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	4			
FRICCION Y DESLIZAMIENTO	Es un Problema	Es un Problema Potencial	Sin Problema Aparente		2			
PUNTAJE TOTAL					22			
RESPONSABLE DE APLICACIÓN DE LA ESCALA					Paja			

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

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE :	Monica Liliana Cifuentes Salazar	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	24338592
SERVICIO:	Crq.	**FECHA DE INGRESO:**	4-Feb-2019.

Identifique los riesgos del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X los riesgos identificados y realice las actividades que se describen para cada unc ellos.

RIESGOS DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

POSIBLES RIESGOS DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE RIESGO		EN CASO DE IDENTIFICAR EL RIESGO SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
1. Alergias: Indague si el paciente es alérgico a algún medicamento, sustancia o alimento Registre Cual(es)	**°Antecedentes registrados de alergia a medicamentos, sustancias o alimentos** **° Paciente y familia refieren antecedentes personales y/o familiares de alergias**		**1.** Realice la respectiva anotación en Historia Clínica de la alergia identificada **2.**Incluya en la manilla de identificación el circulo que identifica al paciente como alér **3.**Incluya en el rótulo de identificación del paciente los datos completos, señale la cas de alergias. **4.**Recuerde en cada entrega de turno incluir información de las alergias del paciente
2. Riesgo de Caídas: Aplique la escala establecida para identificar el riesgo de caídas	**° Escala de identificación de riesgo de caídas con clasificación de riesgo medio o alto**	✓	**1.** Identifique al paciente según su riesgo en la manilla y tablero de identificación **2.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de prevención de caídas
3. Riesgo de lesiones en piel: Aplique la escala establecida para la identificación de Riesgo de úlceras por presión	**° Sindrome de inmovilidad ó reposo absoluto** **° Incontinencia fecal y/o urinaria** **° Obesidad- Desnutrición o deshidratación** **° Infección/ sepsis** **° Heridas con gran exudado** **° Dispositivos como: sondas, yesos, tracciones, oxígeno**		**1.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de cuidados de piel y prevención de UPP de acuerdo a la clasificación del riesgo de úlceras por presión
4. Riesgo de presentar una alteración mental durante el proceso de atención: Solicite al área de psicología la aplicación del tamizaje de salud mental posterior a la indicación de hospitalización.	**° Tamizaje de salud mental reporta riesgo alto de alteración mental** **°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA**		**1.** Determinar clasificación de riesgo, riesgo bajo, riesgo medio o riesgo alto **2.** Determinar por el área de psicología las actividades de intervención o prevención según las necesidades del paciente. **3.** Realizar identificación del paciente con manilla naranja, tablero con riesgo de fuga los pacientes clasificados como riesgo alto. **4.**Solicitar acompañante permanente a los pacientes clasificados con riesgo alto
5. Riesgo de agresión externa: Identifique si el paciente presenta riesgos de agresión externa por situaciones presentadas referidas por el mismo,la familia o las autoridades	**°Paciente custodiado por la policía o INPEC** **°Antecedente o ingreso por agresión**		**1.** Solicite apoyo de Policia o Inpec según el caso, para asegurar la seguridad del paciente **2.** Informe al personal de Vigilancia la situación para incrementar las medidas de seguridad al ingreso de visitas **3.** Ubique al paciente según disponibilidad de camas en una unidad con menos flujo c usuarios.
6. Riesgo de pérdida o fuga: Identifique de acuerdo a los antecedentes del paciente, factores socioculturales,estado clínico y cognitivo, antecedentes de enfermedad mental o consumo de SPA si presenta riesgo de pérdida o fuga	**°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA** **°Aplique escala para identificación de riesgo de fuga o evasión**		1. Identifique el riesgo del paciente segun escala institucional y realice todas las acciones para la prevención de pérdida o fuga según su clasificación 2. Identifique al paciente con la manilla respectiva para el riesgo de pérdida o fuga 3. realice la respectiva anotación en la historia clínica y socialice la situación con su equipo de trabajo 4. Informe a personal de vigilancia que el paciente tiene riesgo de fuga para que se incrementen las acciones de prevención.
7.Riesgo de infección: Identifique si el paciente por su diagnóstico, condición clínica, dispositivos invasivos, tiene riesgo de presentar infecciones asociadas al cuidado de la salud	**° Edad mayor a 60 años** **° Inmunosupresión** **° Diabetes mellitus** **° Reposo absoluto- Inmovilidad** **° Dispositivos invasivos: Sonda vesical- Ventilación mecánica- BIPAP- Traqueostomía** **° Acceso venoso/ arterial/central o periférico**	✓	1. Realice la respectiva anotación de manera completa en la historia clínica. 2. Realice todas las acciones definidas en la Guía de enfermería de prevención de IAA

clínica versalles

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

Identifique las necesidades del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X las necesidades identificadas y realice las actividades que se describen para cada de ellas.

NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCION EN SALUD			
NECESIDADES DEL DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE LA NECESIDAD		EN CASO DE IDENTIFICAR LA NECESIDAD SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES
1. Nécesidad de Aislamiento: De acuerdo a condición Clínica y diagnóstico del paciente, identifique si requiere aislamiento hospitalario	**° Diagnóstico o síntomas de enfermedad infectocontagiosa o inmunosupresión**		**1.** Identifique el tipo de aislamiento que requiere el paciente **2.** Ubíquelo en la unidad de aislamiento, disponga y proporcione los elementos requeridos **3.** Identifique la habitación con el tipo de aislamiento requerido por el paciente **4.** Realice la respectiva anotación en la historia clínica del paciente **5.** Eduque a la familia y acompañantes del paciente en las acciones a realizar antes del ingreso y du la visita. Verifique si se ajustan al protocolo de manera adecuada.
2. Necesidad de intervención nutricional: Identifique si el paciente presenta requerimientos nutricionales especiales y/o adicionales, de acuerdo a su condición clínica	**° Estado de desnutrución o malnutrución** **° Alteraciones para la deglución** **° Incapacidad para la vía oral (paciente en la unidad de cuidado intensivo, ventilación mecánica, gastrostomía, etc)**		**1.** Si identifica requerimientos nutricionales especiales para el paciente, informe al médico tratante p que se solicite valoración por Nutricionista **2.** Eduque a la familia y/o acompañantes del paciente en la importancia de adherirse a los protocolo: institucionales y el no ingreso de alimentos
3. Necesidad de vinculación a programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Identifique de acuerdo al grupo etáreo del paciente, qué programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad le aplican. **Cuales?**	**° Verificar de acuerdo al grupo etáreo al que corresponde el paciente, programa de promoción y prevención al cual aplica**		**1.** Diligencie el formato de remisión a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que apliquen para el paciente **2.** Realice la respectiva anotación en historia clínica para que en el momento del egreso el paciente s remitido a los programas de PyP que le apliquen
4. Necesidad de apoyo emocional: Identifique si el paciente o su familia requieren algún tipo de intervención por psicología	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente a quien se le identifican ideaciones suicidas o sentimientos de frustración y/o desesperanza** **°Paciente con Dx o cuadro clínico que requiera intervención (Ca- VIH- Abuso, otros)**		**1.** Comunique al médico tratante la necesidad de apoyo emocional identificada para que realice la solicitud de valoración y acompañamiento por psicología
5. Necesidad de apoyo espiritual: Identifique si el paciente solicita o requiere apoyo espiritual de acuerdo a sus creencias	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente en cuidado paliativo o premortem**		**1.** En caso de que el paciente o su familia requiera o solicite acompañamiento y/o apoyo espiritual, gestione de acuerdo a sus creencias dicha intervención
6. Necesidad de cuidados paliativos: El paciente se encuentra en fase terminal de su enfermedad	**° Paciente con Dx en estado terminal**		**1.** Proporcione todos los cuidados que el paciente requiera de manera humanizada, aplique todas las acciones definidas en el protocolo de manejo al paciente en cuidados paliativos **2.** Brinde toda la información al paciente y su familia sobre su condición clínica
7. Necesidad de interconsultas	**°Paciente requiere de acuerdo a su condición clínica y diagnóstico valoración por diferentes especialidades**		**1.** Informe al médico si el paciente requiere alguna interconsulta o valoración adicional para que se realice la respectiva solicitud
8. Necesidad de educación al usuario y su familia	**°Paciente y familias que no se encuentran enterados de su condición de salud, diagnóstico y o tratamiento**		**1.** Verifique si el usuario y su familia tienen conocimiento de su estado de salud, diagnóstico, tratamiento, y pronóstico **2.** En caso de identificar que el usuario y su familia no tienen clara la información anterior, realice socialización y educación en todo lo relacionado con su proceso de atención **3.** Verifique el paciente y su familia entendieron y comprendieron la información brindada

clínica versalles

INFORMACIÓN BRINDADA AL PACIENTE Y/O FAMILIA AL INGRESO A LA INSTITUCIÓN Y/O SERVICIO

No	ITEM EVALUADO	F	V	NA	OBSERVACIONES
1	Presentarse con nombre y cargo		✓		
2	Se entrega y explica protocolo de enfermería		✓		
3	Se entregan y explican derechos y deberes		✓		
4	Se explica objetivo de la manilla y tablero de identificación		✓		
5	Se da información de uso de timbre de llamado y personal a contactar en caso de requerirlo		✓		
6	Se entregan y explican tarjetas de cuidados		✓		
7	Se diligencia y se solicita al paciente y/o acompañante firma de consentimiento informado para realización de procedimientos de enfermería		✓		
8	Se da educación en rutas de evacuación ante emergencias		✓		
9	Se da educación en adecuada disposición de residuos		✓		
10	Se da información sobre dispositivos y su no manipulación		✓		
11	Se brinda educación sobre la importancia de los adecuados hábitos de higiene		✓		
12	Se brinda educación sobre los horarios de visitas y de alimentación		✓		

MECANISMO PARA LA EDUCACIÓN: F: Folleto- V: Verbal- NA: No aplica

¿EL PACIENTE Y/O FAMILIA CONOCE SU ESTADO DE SALUD?	SI	NO	NA	INFORMACIÓN BRINDADA
Indague al paciente y su familia, ¿conoce su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y/o condición de salud?	✓			

En caso de identificar no conocimiento de la condición de salud por parte del paciente y su familia, solicitar al área médica brindar la información y educación respectiva, de manera efectiva

QUIEN BRINDA LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN	QUIEN RECIBE LA EDUCACIÓN
[illegible]	X Martha C Salazar.

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, Monica liliana Cifuentes Salazar. identificado (a) con 24388592 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. Certifico 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 ✓ 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: 4-Feb-2019

Firma del Paciente o Representante: Martha C Salazar.

Nombre del Paciente o Representante: Monica L. Cifuentes

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: Tatiana

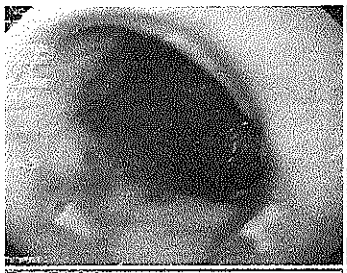
Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento: Tatiana

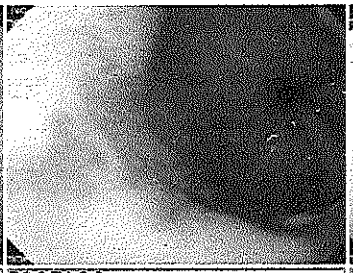
Servicio: Cx

Manizales 05/02/2019 07:41:29 a.m.

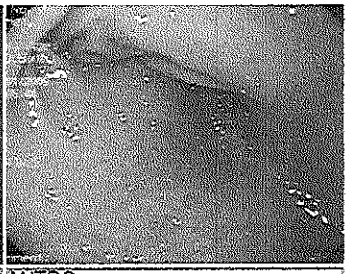
Paciente MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad 34 años 5 meses 2 semanas
Cedula 24338592
Institución SANITAS - URGENCIAS

ENDOSCOPIA


ESOFAGO


ESOFAGO

ESOFAGO


ANTRO

SEDACION: DRA MARGARITA ARANGO
DIAGNOSTICO DE REMISION: SANGRADO DIGESTVO

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, linea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con úlceras cubiertas de fibrina que comprometen dos tercios de la circunferencia y ascienden en forma lineal hasta los 28 cms , sin estigma de sangrado en el momento y cardias a 36 cms de la arcada dentaria amplio con hernia hiatal grande , no se toman biopsias por riesgo de resangrado

ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, piloro central permeable, mucosa antral con eritema y edema difuso leve , no ulceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal cardias amplio y hernia hiatal ya mencionada

DUODENO: Primera y segunda porciòn normal.

DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL

BIOPSIAS:

Dr. ALBERTO ANGEL PINZON
GASTROENTEROLOGO

Clínica Versalles	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

YO Monica Liliana Cirieri Salvar **CON C.C No** 24-338592.

Autorizo la realización del siguiente procedimiento: **ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA** con o sin biopsias.

- La naturaleza y propósitos del examen son los siguientes: **"INTRODUCIR UN EQUIPO ÓPTICO FLEXIBLE A TRAVÉS DE LA BOCA Y LAS FAUCES PARA ASÍ VISUALIZAR LA MUCOSA DEL ESÓFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO; INSUFLAR SU INTERIOR Y DE SER NECESARIO TOMAR UNA MUESTRA DE TEJIDO POR CEPILLADO O BIOPSIA PARA SU EXAMEN MICROSCÓPICO".**
- Se me han explicado los riesgos predominantes y relevantes de estos procedimientos. Se me explicó que las complicaciones ocurren muy raramente y que las más comunes son la perforación del tubo digestivo, hemorragias, reacciones medicamentosas, complicaciones cardíacas (arritmias, insuficiencia cardiorrespiratoria, trastornos de la conducción cardiaca) e infección, y las posibles complicaciones que derivan de la anestesia son: (Depresión respiratoria, hipotensión, arritmias, muerte).
- Por último se me permitió realizar todas las preguntas que considere de interés, las que me fueron contestadas a entera satisfacción.
- Reconozco que durante el transcurso del procedimiento, ciertas condiciones imprevistas pueden llegar a exigir procedimientos distintos o adicionales a los señalados en el párrafo 1. Por lo tanto, autorizo y solicito, además, que el médico, su ayudante o colaboradores realicen los procedimientos que sean necesarios. Esta autorización abarca las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el médico al comenzar el procedimiento.
- Declaro que se me ha explicado que el examen posee un margen de error pequeño; es un procedimiento operador-dependiente y por lo tanto el diagnóstico final puede cambiar.
- Con el objeto de promover la educación médica, consiento que se admitan observadores en la sala donde se ha de realizar la operación o procedimiento.
- Consiento, en caso de ser considerado necesario por el médico, que se me dé anestesia, administrada por un médico con certificación en sedación, y el uso de cualquier anestesia que considere recomendable.
- Consiento que se me administre medicación sedante o antiespasmódica, previamente o durante el estudio en caso de ser considerado necesario por el médico. Autorizo, además, a que se me suministre anestesia local en las fauces.
- Declaro que los espacios en blanco de este documento han sido diligenciados por mi o mi acompañante.

Paciente o persona legalmente autorizada para dar el consentimiento.

Firma X Luz Aleyda Lotero **Con C.C No** X 25163763

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL: Luz Aleyda Lotero A.

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

CC 25163763

Firma del Médico [signature] **Con C.C No** 10251566 **RM No** 0143

Fecha 15-02-18 **Hora** _____

clínica versalles

LISTA DE CHEQUEO ACCIONES SEGURAS PROCEDIMIENTOS CON SEDACION GRADO I y II

NOMBRE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar **FECHA:** 25-02-19

PROCEDIMIENTO: Endoscopia Digestiva alta.

ACCIÓN A EVALUAR

ANTES AUXILIAR DE ENDOSCOPIA	SI	NO	N/A	DURANTE MEDICO -SEDACIÓN	SI	NO	N/A	EGRESO	SI	NO	N/A
El paciente conoce su procedimiento?	✓			Presentación del médico que va a realizar la sedación y explicacion del procedimiento.	✓			Verificación al egreso de variables hemodinamicas y respiratorias	✓		
Paciente en ayuno mínimo de 8 horas?	✓			Verificación de monitoreo de variables hemodinamicas y respiratorias durante el procedimiento, en el respectivo formato	✓			Entrega plan de cuidado, signos de alarma e instrucciones de acuerdo al procedimiento	✓		
El paciente suspendió asa, warfarina, heparina?	✓			Aplicación de los 10 correctos en la administración de los medicamentos	✓			Entrega e información de derechos y deberes a los pacientes	✓		
Signos vitales estables y variables hemodinamicas?	✓										
Se verificó la ausencia de maquillaje, joyas, piercing, esmalte y lentes de contacto?	✓										
Fue retirada la prótesis dental ?	✓										
Verificación de historia clínica, exámenes e imágenes diagnosticas relacionados con el procedimiento	✓										
Paciente NO es alérgico	✓										
El paciente fue canalizado con intracath 18 en miembro superior derecho o izquierdo según el procedimiento?	✓										
Paciente con acompañate para el procedimiento	✓										
Verificación de preparación en caso de colonoscopia			✓								
verificación de firma de consentimiento informádo	✓										

FIRMA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA	FIRMA DE MEDICO ANESTESIOLOGO O CERTIFICADO EN SEDACION	AUXILIAR DE ENFERMERIA
	Dr Margarita Arango	

clínica versalles por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICA VERSALLES

NOMBRE: MONICA LILIANA CIFUENTES | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24338592

UNIDAD FUNCIONAL: UCI | EPS: SANITAS

NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA	NOMBRE FOLIO		No. DE HOJA
Identificación del paciente		Maternas	Control trabajo de parto	
Comprobante de atención	1		Valoración del recién nacido	
Epicrisis			Egreso del recién nacido	
Remisión		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		◦ EJDA		1
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		◦ BRADEN		1
Formulas de control		◦		
Devoluciones		◦		
Tarjeta de medicamentos		◦		
Ordenes de ambulancia		◦		
Consentimientos informados	1	◦		# FOLIOS
Listas de chequeo		Paquetes		# FOLIOS
Reg. de control de educación a la familia	1	Paquete de urgencias	OURG	# FOLIOS
Reg. de escala de medición ucis		Paquete de hospitalización	HOSP	# FOLIOS
Comprobante de información estado pcte		Paquete de ginecología	GIOB	# FOLIOS
Escala visual de ingesta		Paquete UCIN	UCIN	# FOLIOS
Autorizaciones o verificador	1	Paquete de UCI	OUCI	# FOLIOS
Triage	1	Paquete de quirófano	OOQX	
Entrega folio:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe admisionador:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en piso:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en unidades:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en facturación:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en radicación:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en archivo médico:	NOMBRE Y CARGO	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

2589672

clínica versalles
por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICA VERSALLES

NOMBRE: Monica Liliana Cifuentes	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24338592
UNIDAD FUNCIONAL: Hosp 3P 308B	EPS: Sanitas.

NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA
Identificación del paciente	
Comprobante de atención	1
Epicrisis	
Remisión	
Plan de Cuidados de enfermería	1
Tramites administrativos	
Hoja de tratamientos	1
Hoja de oxígeno	
Hoja de glucometrías	
Hoja de signos vitales	
Hoja de control de líquidos	
Hoja de control de antibióticos	
Hoja de Glasgow	
Peso diario	
Escala de riesgo de caídas	
Monitoreo gasimétrico y ventilatorio	
Reporte de gases arteriales	
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	
Formato de nutrición parental	
Formato para realización de cambios de posición	
Manejo de pertenencias	
Informe anatomía patológica	
Fotocopia de documentos	
Autorización acompañante permanente	
Formulas de control	
Devoluciones	
Tarjeta de medicamentos	1
Ordenes de ambulancia	
Consentimientos informados	1
Listas de chequeo	
Reg. de control de educación a la familia	
Reg. de escala de medición ucis	
Comprobante de información estado pcte	
Escala visual de ingesta	
Autorizaciones o verificador	
Triage	

NOMBRE FOLIO		No. DE HOJA
Maternas	Control trabajo de parto	
	Valoración del recién nacido	
	Egreso del recién nacido	
Neonatos	Criterios de admisión	
	Historia clínica perinatal de ingreso	
	Record de laboratorio	
	Terapia respiratoria	
	Hoja de cuidado de enfermería	
Quirófano	Informe quirúrgico	
	Informe de anestesia	
	Cargo de insumos quirófano	
	Hoja de tratamiento quirófano	
	Conteo de elementos utilizados	
	Lista de chequeo acciones seguras	
Ayudas diagnósticas internas:		
• EUDA		1
•		
•		
•		
•		
•		
Ayudas diagnósticas externas:		
•		
•		
•		
•		
Otras		
•		
•		
•		
•		
•		
•		
Paquetes		
Paquete de urgencias	OURG	1
Paquete de hospitalización	HOSP	
Paquete de ginecología	GIOB	
Paquete UCIN	UCIN	
Paquete de UCI	OUCI	
Paquete de quirófano	OOQX	

Entrega folio: Natalia A 6	Fecha: Auge 14
Recibe admisionador:	Fecha: 26-06-19
Recibe en piso:	Fecha:
Recibe en unidades:	Fecha:
Recibe en facturación:	Fecha: 17 folios Diego
Recibe en radicación: 17 Silvana	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

CLINICA VERSALLES

810003245

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

[RCerA

Fecha: 18/06/2
Hora: 16:11:3
Página: 1

Fecha	Día	Mes
	18	6

Nombre y Apellidos Usuario: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Documento de identificación: 24338592
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A- SANITAS PGP 1

	Día	Mes	Año
Fecha de Ingreso	18	6	2019
Fecha de Egreso	0	0	0

Certifico que CLINICA VERSALLES **, me presto los siguientes servicios de salu**
(soportados en la historia clinica): Hospitalizacion 3er Piso

Nota: En caso que el paciente no pueda firmar o sea menor de edad, el certificado será firmado por el acompañante.

Martha c Salazar A

Firma Paciente
cc. 30.270.734 Meles.

Huella índice derecho

clínica versalles

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Monica liliana cifuentes salazar	CEDULA: 24338592	EDAD: 34 años	PESO:	CAMA: 308B
FECHA INGRESO: 18/06/19	GRUPOS SANGUINEO: O+	ENTIDAD: Sanitas	C:	B:
ALERGICO SI: NO: //	MEDICAMENTO: —//—	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO: //	MEDIO: BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO: Hemorragia de vias digestivas Altas		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: AP: ulcera esofagica Paralisis cerebral		
ESPECIALIDAD: Gastro				
DIETA: Corriente				

FECHA	LIQUIDOS EV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
18/06/19	Hartman 2000cc/24H	~~CONTROL DE SIGNOS VITALES~~	Seguimiento Por Gasto	Alejandra C
19/06/19	Hartman 2000cc/24H	BARANDAS ARRIBA POSICION	P/Sacar copia a EVDA	Alejandra C.
		SEMIFOWLER CUIDADOS		
		~~ACCESO VENOSO:VALORAR~~		
		ERITEMA, DOLOR, CALOR LOCAL		
		ASISTIR ACTIVIDADES MEDIDAS		
		~~ANTIESCARAS: CAMBIOS DE~~		
		POSICION, HIDRATAR PIEL,		
		PROMOVER DEAMBULACION		
		~~MEDIDAS ANTINEUMONIA:~~		
		~~POSICION FOWLER, SENTAR EN~~		
		EL DIA, ENJUEGUE BUCAL Y		
		CEPILLADO DE DIENTES C/8H		
		~~TIMBRE LLAMADO ENF. CERCA~~		
			ERC: 20/06/19	

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
	13/06/19	INFUSION de omeprazol	1amp	C/12H	IV	02-06-10-14-18-22	13/18	

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrias: 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

TRATAMIENTOS

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

Hoja Nº _____

1er Apellido	2do Apellido	Nombre(s)	Nº HISTORIA CLÍNICA
Cifuentes	Salazar	Monica Liliana	24 338 592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
Hosp	3º Piso	308B

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	18/06 D	18/06 N	19.6 D	19.6 N	20-6 D	20-6 N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Aseo cavidad		~~20~~	~~8~~	~~20~~	~~8~~																							
Oral 3 Veces/dia			~~14~~		14																							
Omeprazol Amp x 40mg	~~18~~	~~22~~	~~10~~	~~22~~	~~10~~																							
1 Amp IV C/4 Hrs		~~02~~	~~14~~	~~02~~	14																							
2 dosis Urg.		~~06~~	~~18~~	~~06~~	18																							

FIRMAS		
	1er TURNO	Betty Jorge
	2do TURNO	Juliana Jorge
	3er TURNO	Xime

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIE OS

DÍA, 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

clínica versalles

TARJETA INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar | CAMA Nº: 308B

SERVICIO: Hosp. 3er Piso CC 24338592 | **ALERGIAS:** —11—

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	HORARIO						FIRMA
18/06/19	Aseo cavidad oral	3 veces	VO		08		14		20	
18/06/19	omeprazol amp x 40mg 1 amp en 100cc dessN a 20cc/H	1 amp c/4H	IV	02	06	10	14	18	22	
18/06/19	Hartman x 500cc	2000cc/24H	IV	06		12		18	24	

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

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:

Clínica Versalles	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

YO Monica Liliana Ciguenza CON C.C No 24338592

Autorizo la realización del siguiente procedimiento: **ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA** con o sin biopsias.

- La naturaleza y propósitos del examen son los siguientes: **"INTRODUCIR UN EQUIPO ÓPTICO FLEXIBLE A TRAVÉS DE LA BOCA Y LAS FAUCES PARA ASÍ VISUALIZAR LA MUCOSA DEL ESÓFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO; INSUFLAR SU INTERIOR Y DE SER NECESARIO TOMAR UNA MUESTRA DE TEJIDO POR CEPILLADO O BIOPSIA PARA SU EXAMEN MICROSCÓPICO".**
- Se me han explicado los riesgos predominantes y relevantes de estos procedimientos. Se me explicó que las complicaciones ocurren muy raramente y que las más comunes son la perforación del tubo digestivo, hemorragias, reacciones medicamentosas, complicaciones cardiacas (arritmias, insuficiencia cardiorrespiratoria, trastornos de la conducción cardiaca) e infección, y las posibles complicaciones que derivan de la anestesia son: (Depresión respiratoria, hipotensión, arritmias, muerte).
- Por último se me permitió realizar todas las preguntas que considere de interés, las que me fueron contestadas a entera satisfacción.
- Reconozco que durante el transcurso del procedimiento, ciertas condiciones imprevistas pueden llegar a exigir procedimientos distintos o adicionales a los señalados en el párrafo 1. Por lo tanto, autorizo y solicito, además, que el médico, su ayudante o colaboradores realicen los procedimientos que sean necesarios. Esta autorización abarca las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el médico al comenzar el procedimiento.
- Declaro que se me ha explicado que el examen posee un margen de error pequeño; es un procedimiento operador-dependiente y por lo tanto el diagnóstico final puede cambiar.
- Con el objeto de promover la educación médica, consiento que se admitan observadores en la sala donde se ha de realizar la operación o procedimiento.
- Consiento, en caso de ser considerado necesario por el médico, que se me dé anestesia, administrada por un médico con certificación en sedación, y el uso de cualquier anestesia que considere recomendable.
- Consiento que se me administre medicación sedante o antiespasmódica, previamente o durante el estudio en caso de ser considerado necesario por el médico. Autorizo, además, a que se me suministre anestesia local en las fauces.
- Declaro que los espacios en blanco de este documento han sido diligenciados por mi o mi acompañante.

Paciente o persona legalmente autorizada para dar el consentimiento.

Firma X Martha C Salazar **Con C.C No** X 30-270-734

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL: _____

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

CC_____

Firma del Médico _____ **Con C.C No** 1075156 **RM No** 0143

Fecha 19-06-19 **Hora**_____

versalles

Manizales 19/06/2019 03:53:15 p.m.

Paciente MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad 34 años 10 meses
Cedula 24338592
Institución SANITAS - URGENCIAS

ENDOSCOPIA

DUODENO	FUNDUS	ANTRO	ESOFAGO

SEDACION: DRA MARGARITA ARANGO

DIAGNOSTICO DE REMISION: SANGRADO DIGESTIVO

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, linea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande

ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, piloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada.

DUODENO: Primera y segunda porciòn normal.

DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL

BIOPSIAS: NO

Dr. ALBERTO ANGEL PINZON
GASTROENTEROLOGO

EPS Sanitas

MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
CC 24338592

NO. AFILIACIÓN
4387147

AFILIADO

VÁLIDO HASTA
VITALICIO

DISCAPACIDAD
SI

06/2018

EPS Sanitas

www.epssanitas.com

El afiliado registrado en este carné está exento del cobro de cuotas moderadoras o copagos. Este carné debe ser presentado por el titular del mismo al momento de hacer uso de los servicios autorizados en la red de instituciones y profesionales adscritas a EPS Sanitas y para reclamar medicamentos.

Para mayor información comuníquese con la línea de atención Fonosanitas: 3759000 en Bogotá o al 018000919100 para el resto del país.

cadena s.a.

vigilado Supersalud

clínica versalles

TARJETA INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar | CAMA Nº: 4,5.

SERVICIO: Urgencias. cc 24338592 | **ALERGIAS:**

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	HORARIO	FIRMA
Jun 18	Hartman 80 cc/h		IV	6 – 12 – 18 – 24	nata
Jun 18	Omeprazol x 40	1amp	IV	14 – 18 – 22 – 2 – 6 – 10	nata
	1 amp + 100 cc SN a 20 cc/h				
Jun 18	Glucometria	——→		6 – 14 – 22	nata

ANTIBIOTICOS

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

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:

clínica versalles

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

308B

NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes Salazar	CEDULA: 24338592	EDAD: 34	PESO:	CAMA:
FECHA INGRESO: Junio 18-19	GRUPOS SANGUINEO: O+	ENTIDAD: Sanitas	C:	B:
ALERGICO SI: NO: x	MEDICAMENTO:	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO: X MEDIO:	BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO: Sangrado Digestivo		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: AP: paralisis cerebral, marcha en tijera, ulceras en esofago, sang digestivo mayo 2017.		
ESPECIALIDAD: Gastro.				
DIETA: NVO				

FECHA	LIQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
Jun 18	Harman 80 cc/hr	observacion / Hospitalizar	- CH, TP, TPT (+	Tahona.
		control signos vitales		
		cuidados con acceso	- Vx x Gastro ( )	
		cenoso (dda. cala. eterno)		
		Barandas arriba		
		medidas antiescaras		
		medidas antineumonicas		
		Posicion focular		
		aseo cuidad oral		
		vigilar dala		
		cursar cambios		
		- Vigilar sangrado		
		- Glucometrias mientras		
		este sin vo		
		- Acompañante permanente		

RC-387 V2 05/05/2011

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

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrias: 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

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCION

NOMBRE DEL PACIENTE :	Mónica Liliana Cifuentes Salazar	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	24338592
SERVICIO:	Urgencias	**FECHA DE INGRESO:**	Jun 18-19

Identifique los riesgos del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X los riesgos identificados y realice las actividades que se describen para cada uno de ellos.

RIESGOS DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

POSIBLES RIESGOS DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE RIESGO		EN CASO DE IDENTIFICAR EL RIESGO SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
Alergias: Indague si el paciente es alérgico a algún medicamento, sustancia o alimento Registre Cual(es)	**°Antecedentes registrados de alergia a medicamentos, sustancias o alimentos** **° Paciente y familia refieren antecedentes personales y/o familiares de alergias**		**1.** Realice la respectiva anotación en Historia Clínica de la alergia identificada **2.**Incluya en la manilla de identificación el circulo que identifica al paciente como alérgico **3.**Incluya en el rótulo de identificación del paciente los datos completos, señale la casilla de alergias. **4.**Recuerde en cada entrega de turno incluir información de las alergias del paciente
2. Riesgo de Caídas: Aplique la escala establecida para identificar el riesgo de caídas	**° Escala de identificación de riesgo de caídas con clasificación de riesgo medio o alto**		**1.** Identifique al paciente según su riesgo en la manilla y tablero de identificación **2.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de prevención de caídas
3. Riesgo de lesiones en piel: Aplique la escala establecida para la identificación de Riesgo de úlceras por presión	**° Sindrome de inmovilidad ó reposo absoluto** **° Incontinencia fecal y/o urinaria** **° Obesidad- Desnutrición o deshidratación** **° Infección/ sepsis** **° Heridas con gran exudado** **° Dispositivos como: sondas, yesos, tracciones, oxígeno**		**1.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de cuidados de piel y prevención de UPP de acuerdo a la clasificación del riesgo de úlceras por presión
4. Riesgo de presentar una alteración mental durante el proceso de atención: Solicite al área de psicología la aplicación del tamizaje de salud mental posterior a la indicación de hospitalización.	**° Tamizaje de salud mental reporta riesgo alto de alteración mental** **°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA**		**1.** Determinar clasificación de riesgo, riesgo bajo, riesgo medio o riesgo alto **2.** Determinar por el área de psicología las actividades de intervención o prevención según las necesidades del paciente. **3.** Realizar identificación del paciente con manilla naranja, tablero con riesgo de fuga a los pacientes clasificados como riesgo alto. **4.**Solicitar acompañante permanente a los pacientes clasificados con riesgo alto
5. Riesgo de agresión externa: Identifique si el paciente presenta riesgos de agresión externa por situaciones presentadas referidas por el mismo,la familia o las autoridades	**°Paciente custodiado por la policía o INPEC** **°Antecedente o ingreso por agresión**		**1.** Solicite apoyo de Policia o Inpec según el caso, para asegurar la seguridad del paciente **2.** Informe al personal de Vigilancia la situación para incrementar las medidas de seguridad al ingreso de visitas **3.** Ubique al paciente según disponibilidad de camas en una unidad con menos flujo de usuarios.
6. Riesgo de pérdida o fuga: Identifique de acuerdo a los antecedentes del paciente, factores socioculturales,estado clínico y cognitivo, antecedentes de enfermedad mental o consumo de SPA si presenta riesgo de pérdida o fuga	**°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA** **°Aplique escala para identificación de riesgo de fuga o evasión**		1. Identifique el riesgo del paciente segun escala institucional y realice todas las acciones para la prevención de pérdida o fuga según su clasificación 2. Identifique al paciente con la manilla respectiva para el riesgo de pérdida o fuga 3. realice la respectiva anotación en la historia clínica y socialice la situación con su equipo de trabajo 4. Informe a personal de vigilancia que el paciente tiene riesgo de fuga para que se incrementen las acciones de prevención.
7.Riesgo de infección: Identifique si el paciente por su diagnóstico, condición clínica, dispositivos invasivos, tiene riesgo de presentar infecciones asociadas al cuidado de la salud	**° Edad mayor a 60 años** **° Inmunosupresión** **° Diabetes mellitus** **° Reposo absoluto- Inmovilidad** **° Dispositivos invasivos: Sonda vesical- Ventilación mecánica- BIPAP- Traqueostomía** **° Acceso venoso/ arterial/central o periférico**		1. Realice la respectiva anotación de manera completa en la historia clínica. 2. Realice todas las acciones definidas en la Guía de enfermería de prevención de IAAS

Clínica versalles

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

Identifique las necesidades del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X las necesidades identificadas y realice las actividades que se describen para cada una de ellas.

NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

NECESIDADES DEL DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE LA NECESIDAD		EN CASO DE IDENTIFICAR LA NECESIDAD SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
1. Necesidad de Aislamiento: De acuerdo a condición Clínica y diagnóstico del paciente, identifique si requiere aislamiento hospitalario	**° Diagnóstico o síntomas de enfermedad infectocontagiosa o inmunosupresión**		**1.** Identifique el tipo de aislamiento que requiere el paciente **2.** Ubíquelo en la unidad de aislamiento, disponga y proporcione los elementos requeridos **3.** Identifique la habitación con el tipo de aislamiento requerido por el paciente **4.** Realice la respectiva anotación en la historia clínica del paciente **5.** Eduque a la familia y acompañantes del paciente en las acciones a realizar antes del ingreso y durante la visita. Verifique si se ajustan al protocolo de manera adecuada.
2. Necesidad de intervención nutricional: Identifique si el paciente presenta requerimientos nutricionales especiales y/o adicionales, de acuerdo a su condición clínica	**° Estado de desnutrución o malnutrución** **° Alteraciones para la deglución** **° Incapacidad para la vía oral (paciente en la unidad de cuidado intensivo, ventilación mecánica, gastrostomía, etc)**		**1.** Si identifica requerimientos nutricionales especiales para el paciente, informe al médico tratante para que se solicite valoración por Nutricionista **2.** Eduque a la familia y/o acompañantes del paciente en la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y el no ingreso de alimentos
3. Necesidad de vinculación a programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Identifique de acuerdo al grupo etáreo del paciente, qué programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad le aplican. **Cuales?**	**° Verificar de acuerdo al grupo etáreo al que corresponde el paciente, programa de promoción y prevención al cual aplica**		**1.** Diligencie el formato de remisión a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que apliquen para el paciente **2.** Realice la respectiva anotación en historia clínica para que en el momento del egreso el paciente sea remitido a los programas de PyP que le apliquen
4. Necesidad de apoyo emocional: Identifique si el paciente o su familia requieren algún tipo de intervención por psicología	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente a quien se le identifican ideaciones suicidas o sentimientos de frustración y/o desesperanza** **°Paciente con Dx o cuadro clínico que requiera intervención (Ca- VIH- Abuso, otros)**		**1.** Comunique al médico tratante la necesidad de apoyo emocional identificada para que realice la solicitud de valoración y acompañamiento por psicología
5. Necesidad de apoyo espiritual: Identifique si el paciente solicita o requiere apoyo espiritual de acuerdo a sus creencias	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente en cuidado paliativo o premortem**		**1.** En caso de que el paciente o su familia requiera o solicite acompañamiento y/o apoyo espiritual, gestione de acuerdo a sus creencias dicha intervención
6. Necesidad de cuidados paliativos: El paciente se encuentra en fase terminal de su enfermedad	**° Paciente con Dx en estado terminal**		**1.** Proporcione todos los cuidados que el paciente requiera de manera humanizada, aplique todas las acciones definidas en el protocolo de manejo al paciente en cuidados paliativos **2.** Brinde toda la información al paciente y su familia sobre su condición clínica
7. Necesidad de interconsultas	**°Paciente requiere de acuerdo a su condición clínica y diagnóstico valoración por diferentes especialidades**		**1.** Informe al médico si el paciente requiere alguna interconsulta o valoración adicional para que se realice la respectiva solicitud
8. Necesidad de educación al usuario y su familia	**°Paciente y familias que no se encuentran enterados de su condición de salud, diagnóstico y o tratamiento**		**1.** Verifique si el usuario y su familia tienen conocimiento de su estado de salud, diagnóstico, tratamiento, y pronóstico **2.** En caso de identificar que el usuario y su familia no tienen clara la información anterior, realice socialización y educación en todo lo relacionado con su proceso de atención **3.** Verifique el paciente y su familia entendieron y comprendieron la información brindada

clínica versalles

INFORMACIÓN BRINDADA AL PACIENTE Y/O FAMILIA AL INGRESO A LA INSTITUCIÓN Y/O SERVICIO

No	ITEM EVALUADO	F	V	NA	OBSERVACIONES
1	Presentarse con nombre y cargo				
2	Se entrega y explica protocolo de enfermería				
3	Se entregan y explican derechos y deberes				
4	Se explica objetivo de la manilla y tablero de identificación				
5	Se da información de uso de timbre de llamado y personal a contactar en caso de requerirlo				
6	Se entregan y explican tarjetas de cuidados				
7	Se diligencia y se solicita al paciente y/o acompañante firma de consentimiento informado para realización de procedimientos de enfermería				
8	Se da educación en rutas de evacuación ante emergencias				
9	Se da educación en adecuada disposición de residuos				
10	Se da información sobre dispositivos y su no manipulación				
11	Se brinda educación sobre la importancia de los adecuados hábitos de higiene				
12	Se brinda educación sobre los horarios de visitas y de alimentación				

MECANISMO PARA LA EDUCACIÓN: F: Folleto- V: Verbal- NA: No aplica

¿EL PACIENTE Y/O FAMILIA CONOCE SU ESTADO DE SALUD?	SI	NO	NA	INFORMACIÓN BRINDADA
Indague al paciente y su familia, ¿conoce su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y/o condición de salud?				

En caso de identificar no conocimiento de la condición de salud por parte del paciente y su familia, solicitar al área médica brindar la información y educación respectiva, de manera efectiva

QUIEN BRINDA LA INFORMACION Y EDUCACION	QUIEN RECIBE LA EDUCACION
Tatiana C	

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, Mónica Liliana Cifuentes Salazar identificado (a) con 24338592 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. Certifico 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___ 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: Junio 18-19

Firma del Paciente o Representante:

Nombre del Paciente o Representante: Mónica L. Cifuentes.

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: Tatiana.

Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento: Tatiana

Servicio: Urgencias

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
Cifuentes	Salazar	Mónica Liliana	24338592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
Urgencias		

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	Jun 18 D	Jun 18 N																														
Omeprazol x 40	13																															
2 amp IV bolo y continúa 1 amp + 100 cc SSN 20. cc/hr	14	18																														

FIRMAS																																
	1er TURNO																															
	2do TURNO	Nara																														
	3er TURNO																															

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATA ENTOS

DÍA, 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

clínica versalles

CONTROL DE GLUCOMETRIAS

NOMBRE DEL PACIENTE: Mónica Liliana Cifuentes Salazar	NUMERO DE HABITACION:
IDENTIFICACION: 24338592	SERVICIO Urgencias

FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE	FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE
Junio 18-19	1400	94.	—						

RC-059 V2 08 /03 / 2012

CLINICA VERSALLES

810003245

[RCerAtn]

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Fecha: 18/06/2019
Hora: 11:14:10
Página: 1

Fecha	Día	Mes	Año
	18	6	2019

Nombre y Apellidos Usuario: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Documento de identificación: 24338592
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A

	Día	Mes	Año
Fecha de Ingreso	18	6	2019
Fecha de Egreso	0	0	0

Certifico que CLINICA VERSALLES **, me presto los siguientes servicios de salud:**
(soportados en la historia clinica): Urgencia

Nota: En caso que el paciente no pueda firmar o sea menor de edad, el certificado será firmado por el acompañante.

Martha C Salazar L

Firma Paciente

cc - 30270734

Huella índice derecho

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario:

CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A

810003245

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

[RCerAtn]

Fecha: 13/09/2021
Hora: 18:28:56
Página: 1

Fecha	Día	Mes	Año
	13	9	2021

Nombre y Apellidos Usuario: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Documento de identificación: 24338592

Entidad: SANITAS PGP 1

	Día	Mes	Año
Fecha de Ingreso	13	9	2021
Fecha de Egreso	0	0	0

Certifico que CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A , me presto los siguientes servicios de salud: (soportados en la historia clinica):

Hosp 3

Nota: En caso que el paciente no pueda firmar o sea menor de edad, el certificado será firmado por el acompañante.

Firma Paciente

Huella índice derecho

SANITAS V10.1.12

Usuario: 1053780207.prest

Salir (/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?cid=2140&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Aauthenticator.logout)

Gestion Reportes Consultas

Ayuda (/ValidadorDerechos/help.seam?cid=2140)

Ver Demo (http://appcore.colsanitas.com/demo_validador/)

Validación

Información usuario

CIFUENTES_SALAZAR,MONICA_LILIANA

Compañía: 30 EPS **Plan:** 10 REGIMEN CONTRIBUTIVO **Contrato:** 4387147

Familia: 1

Número de Usuario: 5 **Estado:** HABILITADO **Tipo Documento:** CEDULA DE CIUDADANIA **Número Documento:** 24338592 **Teléfono principal:**

Segundo Teléfono:

Correo electrónico:

Fecha Nacimiento: 18/08/1984

Edad: 37 AÑOS **Sexo:** F

Servicios | Registro de Sesiones en Curso | Registro de Inconsistencias | Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

Condición de beneficiario mayor de 18 años:	S	Semanas cotizadas a la SGSSS:	123
Usuario compartido:	N	Categoría:	A
PAC - Plan de atención complementaria: CEDULA DE CIUDADANIA		Tipo de documento:	
Número de documento del Cotizante Título: COBERTURA INTEGRAL	4421109	Motivo del estado del usuario:	
Tipo de afiliado:	BENEFICIARIO		

IPS Médico

IPS Odontológico

Nombre:	EPS SANITAS CENTRO MEDICO MANIZALES	Nombre:	SALUD ORAL S A
Dirección:	CR 24 64 35 BARRIO PALOGRANDE	Dirección:	KR 24 65 61 LOCALES 104 Y 105 EDIFICIO MIRADOR DE GUAYACANES
Teléfono:	018000940304	Teléfono:	8874212
Municipio:	MANIZALES	Municipio:	MANIZALES
Departamento:	CALDAS	Departamento:	CALDAS

clínica ospedale
manizales por tu bien

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes.	CEDULA: 24338592	EDAD: 37	PESO:	CAMA: 307A	
FECHA INGRESO: 13-09-21	GRUPOS SANGUINEO: O+	ENTIDAD: Sanitas.	C:	B:	
ALÉRGICO (SI): NO:	MEDICAMENTO: Meropenem	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO:	MEDIO:	BAJO:
DIAGNOSTICO CLÍNICO: PSP cirugía antireflujo gastroesofágico + Reconstrucción del esfinter		DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:			
ESPECIALIDAD: Cx General		x Laparoscopia del 13-09-21			
DIETA: Líquidos no avanzar					

FECHA	LÍQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PENDIENTES DE ENFERMERÍA	RESPONSABLE
13-09-21	Hartmann 75cc/hr	CONTROL DE SIGNOS VITALES PREVENIR CAIDAS: BARANDAS ARRIBA ,LLAMADO DE ENFERMERIA CERCA, CUIDADOS CON ACCESO VENOSO: EVALUAR SI PRESENTA ERITEMA, DOLOR , CALOR LOCAL, CUIDADOS ACCESO VENOSO, POSICION SEMIFOWLER ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDA ANTIESCARAS , MEDIDAS ANTINEUMONIA, ENJUEGUE BUCAL C/8H Y CEPILLADO DE DIENTES CUIDADOS CON PIEL , CONTROL DE DOLOR PROMOVER DEAMBULACION ,ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDAS ANTIEMBOLICAS, ENJUEGUES CON CLORHEXIDINA UTILIZACION ESTRICTA DE LOS 10 CORRECTOS, EVALUAR PATRON RESPIRATORIO , SATURACION DE OXIGENO, VERIFICAR IDENTIFICACION DEL PACIENTE, VERIFICAR MANILLA BIEN DILIGENCIADA Y COMPLETA , TENER TAPABOCAS EN LA HABITACION		Mónica Lopez
14-9-21	Hartmann 1500 / 24h			
15-9-21	Hartmann 1500 / 24h		Rep paraclinicos	
			ERC: 17-09-21	

clínica ospedale
manizales por tu bien

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

FECHA REALIZACIÓN NO POS	FECHA INICIO	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	SUSPENDIDO O CAMBIO CON FECHA	CONTEO DOSIS ADMINISTRADAS	RESPONSABLE
		Dipirono + Gj	20mg	W	c/04	10-16 21-04	10/20	

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrias: 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 GÁSTRICA						
TRAQUEOSTOMIA						
TUBO A TÓRAX						
DRENES						
CAVAFIX						
INTRACATH						

La salud es de todos | Minsalud | NDE | Nacimientos y Defunciones | DANE

CERTIFICADO DE DEFUNCION ANTECEDENTE PARA REGISTRO CIVIL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Art.5to.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Número del certificado de Defunción: 727965612

LUGAR DE DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
CALDAS	MANIZALES

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CABECERA MUNICIPAL

Inspección, corregimiento o caserío

TIPO DE DEFUNCIÓN

NO FETAL

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (AAAA-MM-DD) 2021-09-16

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Hora 3 Minutos 45 ☐ Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO FEMENINO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CIFUENTES	SALAZAR	MONICA	LILIANA

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

24338592

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:

NINGUNO DE LOS ANTERIORES

A cuál pueblo indígena pertenece?

PROBABLE MANERA DE MUERTE

NATURAL

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
LOPEZ	LARGO	BRAHYAN	STEVEN

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1054994636

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

MÉDICO

REGISTRO PROFESIONAL

1054994636

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

Departamento	Municipio	Año 2021	Mes SEPTIE	Día 16

Bahyan Lopez

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Impresión Generada del Sistema por Rectificación de Información - Valida Como Antecedente para Registro Civil y Trámite de Licencia de Inhumacion

clínica versalles

HOSPITALIZACIÓN
CONTROL DE OXIGENO

NOMBRE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar

DOCUMENTO: 24388592

FECHA	LITRAJE	HORA INICIO	HORA FINAL	RESPONSABLE
16-09-2021	MNR 15 Lts	24h00	≥ e	Heidy

RC-723 V1 08/03/2012

clínica ospedale
manizales
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
Cifuentes		Mónica Liliana	24 338 592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
Hosp3		307A

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	13-9 D	13-9 N	14-9 D	14-9 N	15-9 D	15-9 N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Aseo de Cavidad		20	8	20	8	8																						
oral 3 veces alta			14		14																							
Selinizar Acceso		24	12	24	12	12																						
Venoso con Sa de		06	18	6	18	6																						
SSN IV 46L																												
Dipirona + gr		22	10	22	10	10																						
zoop m c/ 6h		04	16	4	16	6																						
+ nebsis																												
Oz																												

FIRMAS																												
	1er TURNO																											
	2do TURNO																											
	3er TURNO	NATALY	Marly	Manuela	Nelly																							

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DÍA, 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

clínica versalles

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Yo, Mayra Liliana Cifuentes Solano identificado (a) con 24338592 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. Certifico 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

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como paciente: SI___ 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: 13-9-25

Firma del Paciente o Representante:

Nombre del Paciente o Representante:

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: Mayra Lopez

Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento:

Servicio: Hosp 3

clínica ospedale manizales

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Monica Liliana alvarez Salazar	CEDULA: 24338592	EDAD: 36	PESO:	CAMA: 307 B
FECHA INGRESO: 13-09-21	GRUPOS SANGUINEO: O+	ENTIDAD: Sanitas	C:	B:
ALERGICO: [redacted] NO:	MEDICAMENTO: Morfina	RIESGO DE CAIDAS: ALTO:	MEDIO:	BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO:		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:		
ESPECIALIDAD: Cx General				
DIETA:				

FECHA	LIQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
		* Hospitalar		
		* cuidados en Heridas Qx		
		* Hielo local		
		* C S U.		
		* cuidados en Acceso Venoso		
		* Avisar Ganchos		
		* Gracias		

clínica ospedale manizales

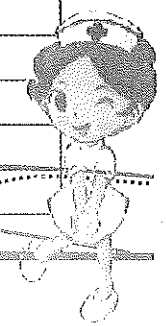
CONTROL DE ANTIBIÓTICOS, SOPORTES NUTRICIONALES Y NO POS (CTC)

FECHA REALIZACION NO POS	FECHA INICIO	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	SUSPENDIDO O CAMBIO CON FECHA	CONTEO DOSIS ADMINISTRADAS	RESPONSABLE

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrias: 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 ospedale
manizales 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
[illegible]	[illegible]	[illegible]	24338592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
[illegible]	#	

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DÍA, 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 2gr IV	15+20																											
Dexametasona x 4mg 2Amp I.V	15+40																											
Diclofenaco x 75mg 1Amp I.V	15+40																											
Dipirona x 1Gr 2Amp I.V	15+40																											
Hidromorfona x 2mg 400mcg I.V	15+40																											
Sulbamodex x 200mg 100mg I.V	16+50																											

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

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 663 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DÍA, 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

clínica ospedale manizales por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICAS OSPEDALE

30/A

NOMBRE: monica liliana alvarez salazar.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24.338.572

UNIDAD FUNCIONAL: QX.

EPS: Sanitas

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		•		
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		•		
Formulas de control		•		
Devoluciones		•		
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 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:		

Folio 25
laura

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

RC-268 V9 07/07/2015

clínica Hospedale
manizales 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.
Cifuentes	Soloza	Monica Liliana	24038592.

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

Anestesias previas: | Talla (cm) | Peso (kg) | Edad D M A: 36.

B: EVALUACIÓN PREANESTÉSICA — ALERGICA Medicamentos. INPJ.

TEM.	F.R.	F.C.	T.A.	HB	HTO.	GLIC.	BIL TOT.	BIL DRT.	PRO TOT.	ALBUM				TYA PROT.	T. COG.	FUMA	BEBE	GRUPO	R. H.
				9.7															

DIAGNÓSTICO: Reflujo G.E.

OPERACIÓN PROPUESTA: Cirugia antireflujo

HISTORIA Y ANTECEDENTES

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

ap. Cx MID. Hsuedaones sin complicaciones. :EAP: Esofagoparesia leve. No recibe tto Sueños anemia ocha Hb 9.7.

ESPECÍFICO: Se explica a los acompañantes situacion de Riesgo quirurgico y anestesico. Se aplaza.

FACILIDAD: | VIA AÉREA | DIENTES | CUELLO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO ATORIO

TIPO	
BLOQUEO	
PERIDUAL	
ESPINAL	
GENERAL	

RESUMEN Y PLAN: ag IDT.

ESTADO PSICOLÓGICO

FIRMA

PREFIERE | ACEPTA | RECHAZA — NECESITA SANGRE 2UCG c.c.

PREMEDICACIÓN: Midazolam

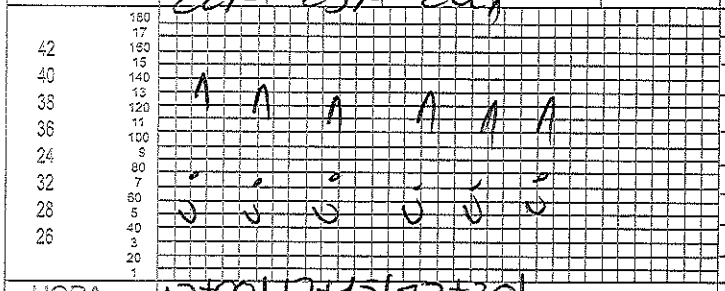
FECHA 13 DÍA 9 MES 2021 AÑO

POST-OPERATORIO SALA DE RECUPERACIÓN

POSICIÓN: DH

RESPIRACIÓN: 94% 96% 98%

FC: 22x 23x 24x



HORA: 17:00 | 17:15 | 17:30

NAUSEAS	VOMITO	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACIÓN	OTRAS
							RECUPERACIÓN
							CONCIENCIA

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

1	COMENTARIOS: Paciente q̄e egresa para el servicio de hospitalización Aldrete 10/10 lacra
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

TOTALES

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

HORA SALIDA Y MOTIVO | FIRMA

EFECTOS PREMEDICACIÓ

OP ☐ B ☐ R ☐ M ☐

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG.PREOPERATORIO: Reflujo gastroesofagico.

DIAG. POST-OPERATORIO:

OPERACIÓN: Cirugía anti reflujo

ANESTESIÓLOGOS: J.E. Sanz | CIRUJANOS J.M. Venegas - Osorio

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO: ____ SÓLIDO: ____ | TECNICA: LOCAL ____ DISOCIIATIVA: ____ | BOLQUEO: ____ EPIDURAL: ____ | GENERAL ESPINAL | CAUDAL: ____ ESPACIO: ____ | OTRA: ____ NIVEL: ____ | AGUJA: ____

POSICIÓN: G

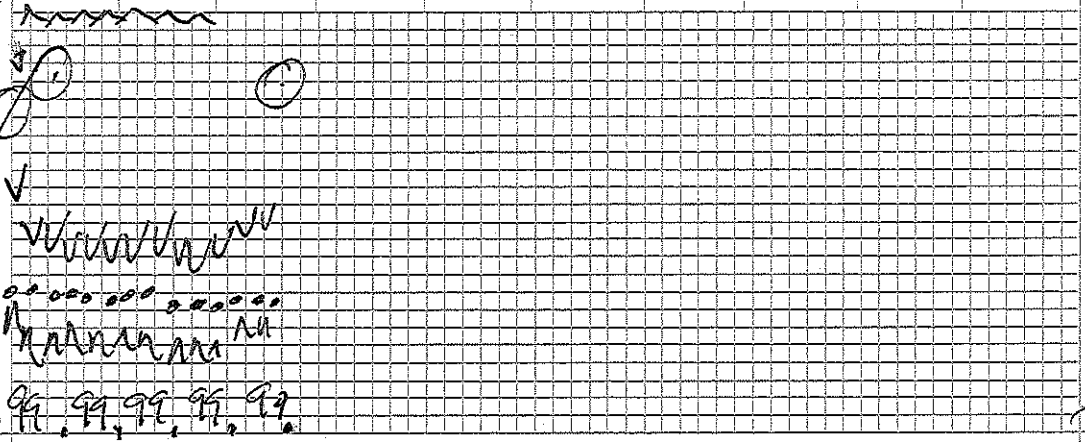
RESPIRACIÓN: E

CCSC ____ C.S.A. ____ C.C.C. ____ A C

230, 22, 210, 20, 190, 18, 170, 16, 150, 14, 130, 12, 110, 10, 90, 8, 70, 6, 50, 4, 30, 2, 10

42, 40, 38, 36, 34, 32, 28, 26, C°

99, 99, 99, 99, 99



I.o T No ____ ▽
I.o T No ____
Ep T. No ____ △
EN.. T. No ____

PULSO ●
RESPIRACIÓN ○
T.A. XX
INDUCCIÓN /
INICIACIÓN Y FINALIZACIÓN ◉
NEONATO MASC. FEM.
PV: C
T
TORNIQUETE ▩
E.C.G. ∧∧∧

1 AL 5 LÍQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 Propofol
7 Rocuronio
8 Dicloferaco
9 Ondanosetrón
10 Hexamedrón
11 Dipiron
12
13
14
15
16

AGENTES: O2 ____ Aire ____ Sevo ____ Bomb ____

1
2
3
4
5

HEMORRAGIAS
DIURESIS

TOTAL: C.C. / C.C.

TOTALES			
1	2	3	4
5	6 150mg	7 20mg	8 75mg
9 600mg	10 8mg	11 2g	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO: B

ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO: B

OBSERVACIONES

Firma y código

CAF: HOSP FOLDERAMA CIRUGIA VERSA Paquete: 71,453

LAPAROSCOPIA-COLELAP

PACIENTE	
Nombres	Identificación
Maria Gloria Cifuentes Salazar	24838592

Fecha	Procedimiento	Sala
09/08/202	LAPAROSCOPIA-COLELAP	

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

Cod. comercial	Descripción	ENT	DEV	FAC
81511509	AC POLIGLICOLICO 30 AG 3/8 REVERSO CORTANTE (19MM) X 70CM UNI -	1	1	
7920401	ADAPTADOR DE SEGURIDAD LIBRE DE AGUJA UNI -	1		1
87016424	APOSITO ADHESIVO TRANSPARENTE 85CM X 115CM UNI -	1		1
12701090	ATROPINA SULFATO - SOLUCION INYECTABLE 1 MG/ML /1 ML	1	1	
521060	BUPIVACAINA CON EPINEFRINA (SIN PRESERVANTES) - SOLUCION INYECTABLE 0.5 % /10 ML	1		1
7954210	CATETER IV PERIFERICO VIALON DE SEGURIDAD 18G X 1 1/4 PULG (116) UNI -	1		1
16210459	CATETER NELATON 16FR X 40CM UNI -	1	1	
294870	CEFAZOLINA - POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 1 G	2		2
60615164	CLIP PARA LIGADURAS MEDIUM/LARGE CASSETE X 6 CLIP (COMP CON PIZA PL503) UNI -	12	12	
801971	CLORURO DE SODIO - SOLUCION INYECTABLE 0.9 % /100 ML	1		1
80218	CLORURO DE SODIO - SOLUCION INYECTABLE 0.9 % /500 ML	1		1
250039	DEXAMETASONA - SOLUCION INYECTABLE 4 MG /1 ML	2		2
2943157	DICLOFENACO SODICO IMIV - SOLUCION INYECTABLE 75 MG /3 ML	1		1
294216	DIPIRONA SODICA - SOLUCION INYECTABLE 1 G /2 ML	3		
63510559	ELECTRODO MONITOREO ADULTO X UNI -	3		3
8010593	EQUIPO MACROGOTEO 10 GOT/CC SIN AGUJA UNI - 0	2	1	1
251959	ETILEFRINA - SOLUCION INYECTABLE 10 MG/ML /1 ML	1	1	
16210584	EXTENSION ANESTESIA ADULTO UNI -	1		1
932939793	GUANTE CIRUGIA NO 70 DE LATEX CON DE TALCO (LARGOS 280295MM) ESTERIL PAR -	3	2	1
932939794	GUANTE CIRUGIA NO 75 DE LATEX CON DE TALCO (LARGOS 280295MM) ESTERIL PAR -	3	1	2
359210662	GUANTE ESTERIL DE LATEX 65 CON TALCO PAR -	4	2	2
29210736	JERINGA 3P X 10ML CON AGUJA 21G X 1 1/2 PULG (LUEK LOCK) UNI -	3	3	
93211552	JERINGA 3P X 20ML CON AGUJA 21G X 1 1/2 PULG (LUEK LOCK) UNI -	2	2	
335610732	JERINGA 3P X 5ML CON AGUJA 21G X 1 1/2 PULG (LUER LOCK) UNI -	3	3	
521322	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA - SOLUCION INYECTABLE 2 % /10 ML	1		
63210766	LLAVE 3VIAS DE 1 RAMPA 2LL1LS UNI -	2		
2941115	NEOSTIGMINA METILSULFATO - SOLUCION INYECTABLE 0.5 MG /1 ML	5		
13511298	POLIPROPILENO 0 AG 1/2 REDONDA FUERTE (36MM) X 75CM (CIERRE GRAL) UNI -	1	1	
96211400	PRESERVATIVOS X UND -	1	1	
13511201	SEDA TRENZADA 20 SIN AGUJA X 75CM UNI -	1	1	

5183

AUDIFARMA

FOLDERAMA CIRUGIA OSPEDALE

ADICIONALES

NOMBRE DEL PACIENTE	Maria Liliana Cifuentes Salazar		
IDENTIFICACION	24338592		
CODIGO		DEV	FAC
11194	Ethibond ctz		4
	Prolene 0 ctz		1
11509	Dicryl 3/0 sc20		1
	2 tubo #7.0		1
	Sucamadex		1

Juan

Vanessa Pinzon
Leonardo

clínica ospedale manizales por tu bien

CARGO INSUMOS QUIROFANO

NOMBRE: Monica Liliana Cifuentes Salazar.

CEDULA: 24 338.572

ENTIDAD: Sanitas

PROCEDIMIENTO: Antimeflujo

SALA No.: #2

FECHA: 13 09.21

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Vanesa Pinzon

INSTRUMENTADORA: Leonardo

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		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	
LAPIZ DE ELECTROBISTURY	1	OTROS: esmeron	30mg
LIDOCAINA EL 2% SIN	40mg	oxigeno	4 lt
LIDOCAINA EL 2% CON		Remifentanilo 2mg	
LIDOCAINA EL 1% SIN		Clorhexidina espuma 1	
		Clorhexidina solucion 1	
		Placa electro 1.	

RC 210V1 30-11-2009

clínica Hospedale manizales por tu bien

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

6. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo: _____,

Identificado con documento de identidad: _____ 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: _____ **CC** _____

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL: x Alba Daney Salazar

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

CC x 30316002 x (tia)

NOMBRE DE MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

clínica ospedale manizales por tu bien

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

FECHA 13-IX/2021 ENTIDAD. _____

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Monica Liliana Di Fuente Salazar				D.I: 24338592	
Edad (en años):	Sexo(marque con una x)	Masculino		Femenino	

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

Noel E. Smith

3. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR

Cirugía Anti Reflujo

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 (roncha) 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 GENERAL

1.FECHA 13 Sept ENTIDAD Sanitas

Nombre del paciente:	Hannes Hans Orlando Santos	D.I:	29338372
Edad (en años):	37	Sexo (marque con una x) Masculino	Femenino X

2. NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO AUTORIZADO

Hannes Orlando Chicas

3. NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Cirugia antireflujo gastroesofagica mas Funduplicatura de nissen por laparoscopia

4. DIAGNÓSTICOS

Reflujo Gastroesofagico Hernia Hiatal

5. TRATAMIENTOS

8. ALTERNATIVAS

No

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. Infección. Hemorragia. Fuga	2. Lesión intestinal Lesión vascular
3. Reintervencion Dolor cronico	4. Muerte
5. Muerte	6.

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

1.	2.
3.	4.

8. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo _____
identificado con documento de identidad _____ declaro que he sido informado
(a) acerca del nombre del procedimiento que se va a realizar.

a Se me ha 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 experiencia y el 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 incluyo 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 procedimiento que requiere compromete una actividad medica de medio, pero no es de resultados.
d. La clínica Versalles queda autorizada ordenar la disposición final de los componentes anatómico que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destinos a exámenes anatomopatologicos.
e. He revisado 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 historia clínica, puedan ser revisados con fines de auditoria medica interna y externa, por quien autorice y responsable del pago, y por el personal en formación.
g. Me obligo con la clínica Versalles y el personal medico en lla terapia o tratamiento de mi enfermedad cumplir con las citas medicas, 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)

No doy mi consentimiento: (marque con una x)

FIRMA DEL PACIENTE: _____ CC _____

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL (En caso que no sea posible obtener autorización d el paciente dadas condiciones propias del mismo) X Alba Daney S CC X 30316002 X tia

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO : _____

clínica ospedale

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Yo, X _____ identificado (a) con X _____ 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. Certifico 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

N/A

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como paciente: SI___ 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: 13-9-21

Firma del Paciente o Representante: X Alba Daney Salazar

Nombre del Paciente o Representante: X Alba Daney Salazar

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: CC 09

Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento: Ana Rod.

Servicio: Qx

clínica Hospedale **CONSENTIMIENTO INFORMADO ACOMPAÑANTE**

Dia: 13 Mes: 9 Año: 21 Ciudad: Manizales

Paciente: monica liliana cifuentes salazar. HC N°: 24338592

Tipo de identificación: CC ____ CE ____ TI ____ Otro ____ Numero 24338592

Yo, Alba Danery Salazar R. identificado con CC ____ CE ____ N° 30316002 de Males, actuando en calidad de acompañante del paciente Monica Liliana Cifuentes por medio del presente documento manifiesto que me han suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo, claro y de manera detallada, los riesgo de permanecer en la institución me ha explicado la naturaleza de la enfermedad coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte, mientras permanezca como acompañante del paciente.

Me informan que en caso de que el paciente fallezca con sospecha o confirmación de diagnostico COVID-19, no se me hará entrega de las pertenencias que lleve consigo, y no podre tener ningún contacto físico con este.

Que he podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que voy a estar en riesgo de contagiarme mientras permanezca en la institución. Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para permanecer como acompañante mientras dure el procedimiento quirúrgico y la recuperación de mi acompañado en la CLINICA VERSALLES, atendido el estricto cumplimiento de las normas de seguridad en la entidad.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

Alba Danery Salazar

Firma del Acompañante

CC 30316002 de Males

Luisa Garcia

Firma del Auxiliar de Enfermeria

CC 1003852187 de Males

Clínica Hospedale

LISTA DE CHEQUEO ACCIONES SEGURAS PARA TRASLADO DE PACIENTES A CIRUGÍA

NOMBRE PACIENTE: monica liliana cubillos salazar. FECHA: 13-9-21

PROCEDIMIENTO: Adenectomia

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 ?			✓
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 posquirúgica	✓		
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 alergías,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?I	✓										
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 derecho 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:			
ENFERMERA DE URGENCIAS/HOSPITALIZACION	AUXILIAR DE ADMISIONES	Vanesa Pinzon AUXILIAR DE SALA CIRUGIA	Leonardo INSTRUMENTADOR
CIRUJANO (A)	ANESTESIÓLOGO (A)	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	* Material medico-quirúrgico: compresas, instrumental.

RC- 186 V7 -17 /03 /2015

clínica Ospedale manizales por tu bien

INFORME INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

RC-673 V2 19-09-2012 PAG 1

DATOS DEL PACIENTE		FECHA 13-9-21
Nombres y Apellidos: Monica Liliana Cifuentes Salazar		HC: 24338592
Edad:	Sexo: F ☐ M ☐	Entidad: Sanitas
Anestesiólogo: Dr SOSA		Auxiliar de Enfermería: Vanessa Pinzon
Cirujano: Dr. OSORIO		Ayudante:
Instrumentadora: LEONARDO		Otro:
Procedimiento: Bx mama		Tiempo Quirúrgico. INICIO 15+10 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	10		10	OK		
Instrumental	32		32			
Torundas	—		—			
Cotonoides	—		—			
Gasas	5		5	OK		
Agujas	2		2			
Hojas de bisturí	1		1			

Medicamentos intraquirúrgicos:

Insumos intraquirúrgicos:

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

REGISTRO DE CI... ...RADORES QUÍMICOS RC-673 V2 19/09/2012 PAG 2

RÓTULO PAQ... | RÓTULO EQUIPO INSTRUMENTAL QUIRÚRGUICO

...re:Paquete de la paroscopia
...nido: # 1
...ilizador: 2
...a de Esterilización: 13 9 21
... o Número de carga: 2
...ha de vencimiento: 27 9 21
...sponsable de empacado: Paula
...diciones especiales de almacenamiento:

Hemco #2

INTEGRA...

Nombre:Paquete de ...
Contenido:
Esterilizador:
Fecha de Esterilización: 21912
Lote o Número de carga:
Fecha de vencimiento: 21926

Nombre:Paquete de pq
Contenido: General
Esterilizador: 1
Fecha de Esterilización: 11 9 21
Lote o Número de carga:
Fecha de vencimiento: 25 9 21
Responsable de empacado: Carolina
Condiciones especiales de almacenamiento:
21H6...
Nombre del paciente:
Fecha de uso: DD MM AA

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

3M Comply™ 1243 SteriGage™ Steam Chemical Integrator REJ...

3M Comply™ 1243 SteriGage™ Steam Chemical Integrator R...

CLÍNICA VERSALLES S.A.
COMITÉ DE INFECCIONES
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

FAVOR DILIGENCIAR CON LETRA DESPEGADA Y LEGIBLE

FECHA	13-9-21

DATOS DEL PACIENTE - LOCALIZACION

NOMBRE		Nº de IDENTIFICACIÓN	
monica liliana cifuentes salazar		24338592	
EDAD	EPS	UNIDAD FUNCIONAL	CAMA
	sanitas	Qx	

CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QURÚRGICO

Antirreflujo.

ANTIBIOTICO	DOSIS (mg ó gm)	INTERVALO	Nº DE DOSIS (Máximo 24 horas o 3 dosis)
CEFAZOLINA	2gr		DU
GENTAMICINA (Siempre y cuando sea más Clindamicina)			
CLINDAMICINA			
AMPICILINA SULBACTAM			
METRONIDAZOL			
OTRO:			

POR QUÉ UTILIZA OTRO ANTIBIÓTICO?

RECOMENDACIONES INFECTOLOGIA

APROBADO **SI** ☐ **NO** ☐

NOMBRE LEGIBLE Y SELLO MEDICO RESPONSABLE	NOMBRE LEGIBLE Y SELLO ENFERMERO(A) RESPONSABLE	NOMBRE LEGIBLE Y SELLO PERSONAL DE FARMACIA

Hospedale

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE :	monica liliana cifuentes salazar	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	24338592
SERVICIO:	OX	**FECHA DE INGRESO:**	13-9-21

Identifique los riesgos del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X los riesgos identificados y realice las actividades que se describen para cada uno de ellos.

RIESGOS DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

POSIBLES RIESGOS DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE RIESGO		EN CASO DE IDENTIFICAR EL RIESGO SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
Alergias: Indague si el paciente es alérgico a algún medicamento, sustancia o alimento Registre Cual(es)	**°Antecedentes registrados de alergia a medicamentos, sustancias o alimentos** **° Paciente y familia refieren antecedentes personales y/o familiares de alergias**		**1.** Realice la respectiva anotación en Historia Clínica de la alergia identificada **2.**Incluya en la manilla de identificación el circulo que identifica al paciente como alérgico **3.**Incluya en el rótulo de identificación del paciente los datos completos, señale la casilla de alergias. **4.**Recuerde en cada entrega de turno incluir información de las alergias del paciente
2. Riesgo de Caídas: Aplique la escala establecida para identificar el riesgo de caídas	**° Escala de identificación de riesgo de caídas con clasificación de riesgo medio o alto**		**1.** Identifique al paciente según su riesgo en la manilla y tablero de identificación **2.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de prevención de caídas
3. Riesgo de lesiones en piel: Aplique la escala establecida para la identificación de Riesgo de úlceras por presión	**° Sindrome de inmovilidad ó reposo absoluto** **° Incontinencia fecal y/o urinaria** **° Obesidad- Desnutrición o deshidratación** **° Infección/ sepsis** **° Heridas con gran exudado** **° Dispositivos como: sondas, yesos, tracciones, oxígeno**		**1.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de cuidados de piel y prevención de UPP de acuerdo a la clasificación del riesgo de úlceras por presión
4. Riesgo de presentar una alteración mental durante el proceso de atención: Solicite al área de psicología la aplicación del tamizaje de salud mental posterior a la indicación de hospitalización.	**° Tamizaje de salud mental reporta riesgo alto de alteración mental** **°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA**		**1.** Determinar clasificación de riesgo, riesgo bajo, riesgo medio o riesgo alto **2.** Determinar por el área de psicología las actividades de intervención o prevención según las necesidades del paciente. **3.** Realizar identificación del paciente con manilla naranja, tablero con riesgo de fuga a los pacientes clasificados como riesgo alto. **4.**Solicitar acompañante permanente a los pacientes clasificados con riesgo alto
5. Riesgo de agresión externa: Identifique si el paciente esenta riesgos de agresión externa por situaciones esentadas referidas por el mismo,la familia o las autoridades	**°Paciente custodiado por la policía o INPEC** **°Antecedente o ingreso por agresión**		**1.** Solicite apoyo de Policía o Inpec según el caso, para asegurar la seguridad del paciente **2.** Informe al personal de Vigilancia la situación para incrementar las medidas de seguridad al ingreso de visitas **3.** Ubique al paciente según disponibilidad de camas en una unidad con menos flujo de usuarios.
6. Riesgo de pérdida o fuga: Identifique de acuerdo a los antecedentes del paciente, factores socioculturales,estado clínico y cognitivo, antecedentes de enfermedad mental o consumo de SPA si presenta riesgo de pérdida o fuga	**°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA** **°Aplique escala para identificación de riesgo de fuga o evasión**		1. Identifique el riesgo del paciente segun escala institucional y realice todas las acciones para la prevención de pérdida o fuga según su clasificación 2. Identifique al paciente con la manilla respectiva para el riesgo de pérdida o fuga 3. realice la respectiva anotación en la historia clínica y socialice la situación con su equipo de trabajo 4. Informe a personal de vigilancia que el paciente tiene riesgo de fuga para que se incrementen las acciones de prevención.
7.Riesgo de infección: Identifique si el paciente por su diagnóstico, condición clínica, dispositivos invasivos, tiene riesgo de presentar infecciones asociadas al cuidado de la salud	**° Edad mayor a 60 años** **° Inmunosupresión** **° Diabetes mellitus** **° Reposo absoluto- Inmovilidad** **° Dispositivos invasivos: Sonda vesical- Ventilación mecánica- BIPAP- Traqueostomía** **° Acceso venoso/ arterial/central o periférico**		1. Realice la respectiva anotación de manera completa en la historia clínica. 2. Realice todas las acciones definidas en la Guía de enfermería de prevención de IAAS

versalles

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

Identifique las necesidades del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X las necesidades identificadas y realice las actividades que se describen para cada una de ellas.

NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

NECESIDADES DEL DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE LA NECESIDAD		EN CASO DE IDENTIFICAR LA NECESIDAD SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
1. Necesidad de Aislamiento: De acuerdo a condición Clínica y diagnóstico del paciente, identifique si requiere aislamiento hospitalario	**° Diagnóstico o síntomas de enfermedad infectocontagiosa o inmunosupresión**		**1.** Identifique el tipo de aislamiento que requiere el paciente **2.** Ubíquelo en la unidad de aislamiento, disponga y proporcione los elementos requeridos **3.** Identifique la habitación con el tipo de aislamiento requerido por el paciente **4.** Realice la respectiva anotación en la historia clínica del paciente **5.** Eduque a la familia y acompañantes del paciente en las acciones a realizar antes del ingreso y durante la visita. Verifique si se ajustan al protocolo de manera adecuada.
2. Necesidad de intervención nutricional: Identifique si el paciente presenta requerimientos nutricionales especiales y/o adicionales, de acuerdo a su condición clínica	**° Estado de desnutrución o malnutrución** **° Alteraciones para la deglución** **° Incapacidad para la vía oral (paciente en la unidad de cuidado intensivo, ventilación mecánica, gastrostomía, etc)**		**1.** Si identifica requerimientos nutricionales especiales para el paciente, informe al médico tratante para que se solicite valoración por Nutricionista **2.** Eduque a la familia y/o acompañantes del paciente en la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y el no ingreso de alimentos
3. Necesidad de vinculación a programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Identifique de acuerdo al grupo etáreo del paciente, qué programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad le aplican. **Cuales?**	**° Verificar de acuerdo al grupo etáreo al que corresponde el paciente, programa de promoción y prevención al cual aplica**		**1.** Diligencie el formato de remisión a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que apliquen para el paciente **2.** Realice la respectiva anotación en historia clínica para que en el momento del egreso el paciente sea remitido a los programas de PyP que le apliquen
4. Necesidad de apoyo emocional: Identifique si el paciente o su familia requieren algún tipo de intervención por psicología	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente a quien se le identifican ideaciones suicidas o sentimientos de frustración y/o desesperanza** **°Paciente con Dx o cuadro clínico que requiera intervención (Ca- VIH- Abuso, otros)**		**1.** Comunique al médico tratante la necesidad de apoyo emocional identificada para que realice la solicitud de valoración y acompañamiento por psicología
5. Necesidad de apoyo espiritual: Identifique si el paciente solicita o requiere apoyo espiritual de acuerdo a sus creencias	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente en cuidado paliativo o premortem**		**1.** En caso de que el paciente o su familia requiera o solicite acompañamiento y/o apoyo espiritual, gestione de acuerdo a sus creencias dicha intervención
6. Necesidad de cuidados paliativos: El paciente se encuentra en fase terminal de su enfermedad	**° Paciente con Dx en estado terminal**		**1.** Proporcione todos los cuidados que el paciente requiera de manera humanizada, aplique todas las acciones definidas en el protocolo de manejo al paciente en cuidados paliativos **2.** Brinde toda la información al paciente y su familia sobre su condición clínica
7. Necesidad de interconsultas	**°Paciente requiere de acuerdo a su condición clínica y diagnóstico valoración por diferentes especialidades**		**1.** Informe al médico si el paciente requiere alguna interconsulta o valoración adicional para que se realice la respectiva solicitud
8. Necesidad de educación al usuario y su familia	**°Paciente y familias que no se encuentran enterados de su condición de salud, diagnóstico y o tratamiento**		**1.** Verifique si el usuario y su familia tienen conocimiento de su estado de salud, diagnóstico, tratamiento, y pronóstico **2.** En caso de identificar que el usuario y su familia no tienen clara la información anterior, realice socialización y educación en todo lo relacionado con su proceso de atención **3.** Verifique el paciente y su familia entendieron y comprendieron la información brindada

clínica versalles

INFORMACIÓN BRINDADA AL PACIENTE Y/O FAMILIA AL INGRESO A LA INSTITUCION Y/O SERVICIO

No	ITEM EVALUADO	F	V	NA	OBSERVACIONES
1	Presentarse con nombre y cargo				
2	Se entrega y explica protocolo de enfermería				
3	Se entregan y explican derechos y deberes				
4	Se explica objetivo de la manilla y tablero de identificación				
5	Se da información de uso de timbre de llamado y personal a contactar en caso de requerirlo				
6	Se entregan y explican tarjetas de cuidados				
7	Se diligencia y se solicita al paciente y/o acompañante firma de consentimiento informado para realización de procedimientos de enfermería				
8	Se da educación en rutas de evacuación ante emergencias				
9	Se da educación en adecuada disposición de residuos				
10	Se da información sobre dispositivos y su no manipulación				
11	Se brinda educación sobre la importancia de los adecuados hábitos de higiene				
12	Se brinda educación sobre los horarios de visitas y de alimentación				

MECANISMO PARA LA EDUCACIÓN: F: Folleto- V: Verbal- NA: No aplica

¿EL PACIENTE Y/O FAMILIA CONOCE SU ESTADO DE SALUD?	SI	NO	NA	INFORMACIÓN BRINDADA
Indague al paciente y su familia, ¿conoce su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y/o condición de salud?				

En caso de identificar no conocimiento de la condición de salud por parte del paciente y su familia, solicitar al área médica brindar la información y educación respectiva, de manera efectiva

QUIEN BRINDA LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN	QUIEN RECIBE LA EDUCACIÓN
	X Alba Dzney Salazar

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

clínica versalles

CUESTIONARIO PREANESTÉSICO

Fecha: 23-Junio 2021 **Nombre y apellidos:** Monica Liliana cifuente S **C.C:** 24338592

Edad: 37 **Peso:** 51 **Estatura:** 163

Cirugía que se le va a realizar: _____

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Ha presentado presión Arterial alta?		X	18. ¿En caso de requerirse, acepta ser transfundido con productos sanguíneos?		X
2. ¿Tiene algún problema del corazón (infarto, angina, soplo, palpitaciones, opresión)?		X	19. ¿Es alérgico a algún medicamento? Cual:		X
3. ¿Tiene implantado un marcapasos o desfibrilador?		X	20. ¿Presenta alguna otra alergia como alimentos, yodo, micropore?	X	
4. ¿Sufre de asfixia cuando duerme? ¿Necesita varias almohadas para dormir?		X	21. ¿Tiene prótesis dental?		X
5. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos?		X	22. ¿Ha sido operado antes?	X	
6. ¿Tose habitualmente?		X	23. ¿Le han anestesiado alguna vez y presento algún problema?		X
7. ¿Tiene bronquitis, asma o ronquidos en el pecho?		X	24. ¿Ha recibido transfusiones de sangre alguna vez?	X	
8. ¿Tiene apneas del sueño o presenta ronquidos?		X	25. ¿Tiene actualmente una enfermedad infecciosa: Hepatitis, varicela, SIDA?		X
9. ¿Ha tenido alguna enfermedad de riñón?		X	26. ¿Consume marihuana, cocaina u otra sustancia psicoactiva?		X
10. ¿Ha tenido hepatitis u otra enfermedad del hígado?		X	27. ¿Tiene algún diente flojo?		X
11. ¿Toma bebidas alcohólicas?		X	28. ¿Tiene prótesis dental?		X
12. ¿Tiene azúcar en la sangre o diabetes?		X	29. ¿Usa lentes de contacto?		X
13. ¿Ha tenido un derrame cerebral, convulsiones o pérdida de la conciencia?			30 ¿Usa piersings?		X
14. ¿Sangra fácilmente por encías, nariz o heridas?		X	31. ¿Ha presentado flebitis?		X
15. ¿Ha tenido anemia?	X		32. ¿Ha sufrido trombosis?		X
16. ¿Toma aspirina, clopidrogel, warfarina o algún anticoagulante?		X	33. ¿Toma medicamentos? ¿Cuáles? esomeprazol		
17. ¿Usa alguna insulina? Cual:		X			

¿Presenta alguna inquietud o advertencias que quiera realizar al anestesiólogo sobre su procedimiento? _____

Firma del paciente: Monica Liliana cifuentes Salazar

clínica ospedale	**PROTOCOLO DE PROGRAMACION A PACIENTES PARA CIRUGIA** **CLIINICA OSPEDALE - MANIZALES**	FECHA: 08/07/2020

ANEXO 1. LISTA DE CHEQUEO

FECHA: 07/09/2021
NOMBRE: Monica Viviana Cifuentes
IDENTIFICACION: 24335542
EDAD:
EPS:
TELEFONO:
PESO:
TALLA:
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:
PERSONA CON LA QUE SE HABLA:

PREGUNTA	SI	NO	N/A
1. ¿Ha estado en contacto con una persona diagnosticada o con sospecha de coronavirus?		✓	
2. ¿Acepta programar su cirugía con los riesgos que se pueden presentar por la situación actual por covid 19?	✓		
3. ¿Tiene diagnostico de diabetes, tiroides, hipertensión, obesidad , enfermedad cardiovascular, cancer en tratamiento oncologico, VIH - SIDA? De qué enfermedades sufre?		✓	
4. ¿Que medicamentos toma?		✓	
5. ¿Ha presentado algunos de los siguientes sintomas? Tos - malestar genaral- fiebre por mas de 3, dias mayor a 37,5 - dificultad para respirar - secrecion nasal - vomitos - nauseas - diarrea - dolor abdominal - perdida del olfato o gusto. Especifique que sintomas.		✓	
6. ¿Le han realizado cirugias? ¿cuales? extracción de matriz	✓	✓	
7. ¿Esta en embarazo o tiene alguna sospecha?		✓	
8. Se verifica programación de cirugías previas y ordenada en hosvital?	✓		
9. ¿Cuenta con un documento legal el cual lo exonere de cancelar el copago?	✓		
10. ¿Esta vacunado para covid 19 o cuenta con cita agendada para la aplicación de la vacuna?. Indique fecha de la aplicación o fecha de su cita.	✓		

2486549

clínica versalles

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

Yo Monica Liliana Cifuentes Salazar *identificado con* CC TI RC CE MS AS PA 24338592 *de la (EPS)* Sanitas *a través del presente confirmo la presentación efectiva del servicio de :* vag *el día:* 04/02/2019 *hasta el día* _____ *en Clinica Versalles S.A.*

Firma del usuario

X Aseneth Botero

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

RC- 275 V3 01- / 07/ 2017

SANITAS V7.0.10

Usuario: 1053838620.prest

https://validadorderechos.sanitas.com.co/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?cid=63636&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Aauthenticator.logout)

Gestion Reportes Consultas

10926 - CLINICA VERSALLES S A

Número registro atención:
190563934720

Fecha de creación:
04/02/2019 11:12

Fecha de atención:
04/02/2019

Ayuda Ver Demo (/ValidadorDerechos/html/appcols cid=63636)

Validación

Información usuario

CIFUENTES_SALAZAR,MONICA_LILIANA

Compañía: 30 EPS **Plan:** 10 REGIMEN CONTRIBUTIVO **Contrato:** 4387147
Familia:

1 **Número de Usuario:** 5 **Estado:** HABILITADO **Tipo Documento:** CEDULA DE CIUDADANIA
Número Documento: 24338592

Teléfono principal: **Segundo Teléfono:** **Correo electrónico:** **Fecha Nacimiento:** 18/08/1984 **Edad:**
34 AÑOS **Sexo:** F

Servicios | Registro de Sesiones en Curso | Registro de Inconsistencias | Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

Condición de beneficiario mayor de 18 años:		S Semanas cotizadas a la SGSSS:	17
Usuario compartido:		N Categoría:	A
PAC - Plan de atención complementaria: CEDULA DE CIUDADANIA		Tipo de documento:	
Número de documento del Cotizante Titular: COBERTURA INTEGRAL		4421109 Motivo del estado del usuario:	
Tipo de afiliado:		BENEFICIARIO	

IPS Médico

IPS Odontológico

Nombre:	EPS SANITAS CENTRO MEDICO MANIZALES	Nombre:	SALUD ORAL S A
Dirección:	CR 24 64 35 BARRIO PALOGRANDE	Dirección:	CL 64 21/50 CONSULTORIO 502- PORTAL DEL CABLE

Municipio:	MANIZALES	Municipio:	MANIZALES
Departamento:	CALDAS	Departamento:	CALDAS

Alertas

CONDICION DE DISCAPACIDAD - EPS/NORMAL

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.
Cifuentes	Salazar.	Mónica Liliana	24338592

Fecha	Servicio	Sala o Cuarto	Nº Cama	Riesgo ASA	Sexo
5/2/19				(2) 3 4 5 U	X F M

Anestesias previas	Talla (cm)	Peso (kg)	Edad D M A
Si.	1.62	70	34

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: Sangrado Digestivo.

OPERACIÓN PROPUESTA: EVDA.

HISTORIA Y ANTECEDENTES

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

ESPECÍFICO

FACILIDAD: VIA AÉREA DIENTES CUELLO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO ATORIO

RESUMEN Y PLAN

	TIPO
	BLOQUEO
	PERIDUAL
	ESPINAL
	GENERAL

ESTADO PSICOLÓGICO

PREFIERE	ACEPTA	RECHAZA	NECESITA SANGRE	PREMEDICACIÓN	C.C.	FIRMA

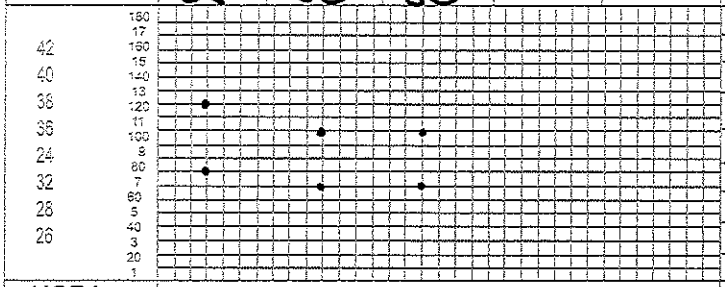
B: POST-OPERATORIO SALA DE RECUPERACIÓN

FECHA DÍA MES AÑO

POSICIÓN

RESPIRACIÓN EA: Sat: 96%. 94%. 95%.

FC: 85 83 80.



HORA

NAUSEAS	VOMITO	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACIÓN	OTRAS
							RECUPERACIÓN
							CONCIENCIA

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

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

COMENTARIOS:
* Procedimiento sin complicaciones.
* Recuperación rápida.
* Traslado a piso.

TOTALES

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

HORA SALIDA Y MOTIVO

FIRMA

16823

EFECTOS PREMEDICACIÓN

OP ☐ B ☐ R ☐ M ☐

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG.PREOPERATORIO:

DIAG. POST-OPERATORIO:

OPERACIÓN:

ANESTESIÓLOGOS: | CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO. LIQUIDO: ____ SÓLIDO: ____ | TEC NICA LOCAL DISOCIIATIVA: ____ BOLQUEO: EPIDURAL: ____ GENERAL ESPINAL ____ CAUDA L: ____ ESPACIO: ____ NIVEL: ____ OTRA: ____ AGUJA: ____

POSICIÓN

RESPIRACIÓN

CCSC. ____ C.S.A. ____ C.C.C. ____ EAC

	230
	22
	210
42	20
	190
40	18
	170
38	16
	150
36	14
	130
34	12
	110
32	10
	90
28	8
	70
26	6
	50
C°	4
	30
	2
	10

I.o T No ____ ▽
I.o T No
Ed I. No ____ △
EN.. T. No
PULSO ●
RESPIRACION ○
T.A. XX
INDUCCION /
INICIACIÓN Y FINALIZACIÓN ◎
NEONATO MASC. FEM.
PV: C
T
TORNIQUETE ▩
E.C.G. ∿∿∿

1 AL 5 LÍQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

	6
	7
	8
	9
	10
	11
1	12
2	13
3	14
4	15
5	16
HEMORRAGIAS	TOTAL C.C.
DIURESIS	C.C.

AGENTES

TOTALES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO:

ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO:

OBSERVACIONES

Firma y código

clínica versalles

HOSPITALIZACIÓN
CONTROL DE OXIGENO

NOMBRE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar

DOCUMENTO: 24 338 192

FECHA	LITRAJE	HORA INICIO	HORA FINAL	RESPONSABLE
5 febrero	1 litro	7:30	8:00	[illegible]
		Para ayuda		

RC-723 V1 08/03/2012

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
Cifuentes	Salazar	Monica Liliana	24338592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
Cm		C-8.

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	4.02 Sep																											
	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
Omeprazol x 40mg	11:30																											
2 amp en 100 cc																												
SSN y paso en																												
30 min.																												
Omeprazol x 40mg	15:00	~~20~~																										
1 amp en 100 cc.		~~4~~																										
SSN y paso en		~~6~~	//	Susp																								
infusion a 20cc/h																												

FIRMAS																												
	1er TURNO																											
	2do TURNO	Paula Elvira																										
	3er TURNO	nata																										

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DÍA, 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

CONTROL DE GLUCOMETRIAS

NOMBRE DEL PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar.

NUMERO DE HABITACION:

IDENTIFICACION: 24338592

SERVICIO: Cig

FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE	FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE
04/Feb	14+30	106 mg/dl	—o—	Vanessa H					
Feb 4	22+00	69 mg/dl	—"—	Mateo					
Feb 5	6+00	59 mg/dL	—"—	Dave					
	14+00	89 mg/dL	—	Luz Ensuerto					
Feb 5	22+00								
Feb 6	06+00		—	Tata					
Feb 5	22+00	81 mg/dL	—	Tata					
Feb 6	06+00	70 mg/dL	—	Tata					

clínica versalles

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Monica liliana Cifuentes Salazar	CEDULA: 24338592.	EDAD: 34 años.	PESO:	CAMA: C-8.
FECHA INGRESO: 4-Feb-2019.	GRUPOS SANGUINEO:	ENTIDAD: Sanitas	C:	B:
ALERGICO SI: NO: X	MEDICAMENTO: — / —	RIESGO DE CAIDAS: ALTO: ✓	MEDIO:	BAJO:

DIAGNOSTICO CLINICO: Hernia Hiatal Gigante Hemorragia Gastrointestinal no esp. - Hb→12,8

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Sangrado Digestivo Alto ANT. Secuelas Hipoxia Perinatal con parálisis espástica, Discapacidad intelectual GRAVE / Esofagitis grado D de los angeles, Rte EVA 12-11-18 → Hernia hiatal, esofagitis grado D, gastritis cronica

ESPECIALIDAD: Gastroenterologia

DIETA: N.V.O

FECHA	LIQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
4-Feb	Hartman 80cc/h.	Observacion	- S/S. EVDA (✓).	Tahona.
		Control signos vitales	- S/S CH (✓)	
		Cuidados con acceso	- S/S Vx Gastroenterolo	
		venoso (dolor cala eterna)	gia (✓).	
		Barandas arriba		
		medidas antiescaras	- S/S CH - Cr - bun (✓) 11.5.	
		medidas antineumonicas	p/Rep (✓)	
		Posicion Fowler		
		Aseo cavidad oral	- S/S CH Control Mañana ( )	
		Orilla dala		
		Cuisa cambios		

RC-387 V2 05/05/2011

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

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 su bien

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

FECHA: 4 Feb 2019 UNIDAD FUNCIONAL: CM

NOMBRE DEL USUARIO: Monica liliana Arcentes DOCUMENTO: 24338692

Criterios de evaluación	Variables	Puntaje	Revaloración de escala según el riesgo			
			Fecha 04 Feb	Fecha	Fecha	Fecha
			Ingreso	48 horas	72 horas	5 Días
Caídas previas	Si	1				
	No	0	0			
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1				
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1				
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, anticonvulsionantes, otros	1	1			
Déficit sensoriales	Ninguno	0				
	Alteraciones visuales, auditivas o de la marcha	1	1			
Estado mental	Orientado	0	0			
	Confuso	1				
	Agitación Psicomotora	1				
Deambulación	Normal	0				
	Asistida con elementos de apoyo	1	1			
	Reposo absoluto postrado	1				
Edad	< de 10 o > a 75	1				
	50 a 75	1				
	< A 50	0	0			
	PUNTAJE:		3			
	RESPONSABLE:		Tala			

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		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 UNIDADES			
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: Monica Milena Cifuentes **DOCUMENTO:** 24338592

FECHA: 4 Feb 2019 **UNIDAD FUNCIONAL:** CM - Salazar **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	4			
FRICCION Y DESLIZAMIENTO	Es un Problema	Es un Problema Potencial	Sin Problema Aparente		2			
PUNTAJE TOTAL					22			
RESPONSABLE DE APLICACIÓN DE LA ESCALA					Paja			

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

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE :	Monica Liliana Cifuentes Salazar	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	24338592
SERVICIO:	Crq.	**FECHA DE INGRESO:**	4-Feb-2019.

Identifique los riesgos del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X los riesgos identificados y realice las actividades que se describen para cada unc ellos.

RIESGOS DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

POSIBLES RIESGOS DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE RIESGO		EN CASO DE IDENTIFICAR EL RIESGO SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
1. Alergias: Indague si el paciente es alérgico a algún medicamento, sustancia o alimento Registre Cual(es)	**°Antecedentes registrados de alergia a medicamentos, sustancias o alimentos** **° Paciente y familia refieren antecedentes personales y/o familiares de alergias**		**1.** Realice la respectiva anotación en Historia Clínica de la alergia identificada **2.**Incluya en la manilla de identificación el circulo que identifica al paciente como alér **3.**Incluya en el rótulo de identificación del paciente los datos completos, señale la cas de alergias. **4.**Recuerde en cada entrega de turno incluir información de las alergias del paciente
2. Riesgo de Caídas: Aplique la escala establecida para identificar el riesgo de caídas	**° Escala de identificación de riesgo de caídas con clasificación de riesgo medio o alto**	✓	**1.** Identifique al paciente según su riesgo en la manilla y tablero de identificación **2.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de prevención de caídas
3. Riesgo de lesiones en piel: Aplique la escala establecida para la identificación de Riesgo de úlceras por presión	**° Sindrome de inmovilidad ó reposo absoluto** **° Incontinencia fecal y/o urinaria** **° Obesidad- Desnutrición o deshidratación** **° Infección/ sepsis** **° Heridas con gran exudado** **° Dispositivos como: sondas, yesos, tracciones, oxígeno**		**1.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de cuidados de piel y prevención de UPP de acuerdo a la clasificación del riesgo de úlceras por presión
4. Riesgo de presentar una alteración mental durante el proceso de atención: Solicite al área de psicología la aplicación del tamizaje de salud mental posterior a la indicación de hospitalización.	**° Tamizaje de salud mental reporta riesgo alto de alteración mental** **°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA**		**1.** Determinar clasificación de riesgo, riesgo bajo, riesgo medio o riesgo alto **2.** Determinar por el área de psicología las actividades de intervención o prevención según las necesidades del paciente. **3.** Realizar identificación del paciente con manilla naranja, tablero con riesgo de fuga los pacientes clasificados como riesgo alto. **4.**Solicitar acompañante permanente a los pacientes clasificados con riesgo alto
5. Riesgo de agresión externa: Identifique si el paciente presenta riesgos de agresión externa por situaciones presentadas referidas por el mismo,la familia o las autoridades	**°Paciente custodiado por la policía o INPEC** **°Antecedente o ingreso por agresión**		**1.** Solicite apoyo de Policia o Inpec según el caso, para asegurar la seguridad del paciente **2.** Informe al personal de Vigilancia la situación para incrementar las medidas de seguridad al ingreso de visitas **3.** Ubique al paciente según disponibilidad de camas en una unidad con menos flujo c usuarios.
6. Riesgo de pérdida o fuga: Identifique de acuerdo a los antecedentes del paciente, factores socioculturales,estado clínico y cognitivo, antecedentes de enfermedad mental o consumo de SPA si presenta riesgo de pérdida o fuga	**°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA** **°Aplique escala para identificación de riesgo de fuga o evasión**		1. Identifique el riesgo del paciente segun escala institucional y realice todas las acciones para la prevención de pérdida o fuga según su clasificación 2. Identifique al paciente con la manilla respectiva para el riesgo de pérdida o fuga 3. realice la respectiva anotación en la historia clínica y socialice la situación con su equipo de trabajo 4. Informe a personal de vigilancia que el paciente tiene riesgo de fuga para que se incrementen las acciones de prevención.
7.Riesgo de infección: Identifique si el paciente por su diagnóstico, condición clínica, dispositivos invasivos, tiene riesgo de presentar infecciones asociadas al cuidado de la salud	**° Edad mayor a 60 años** **° Inmunosupresión** **° Diabetes mellitus** **° Reposo absoluto- Inmovilidad** **° Dispositivos invasivos: Sonda vesical- Ventilación mecánica- BIPAP- Traqueostomía** **° Acceso venoso/ arterial/central o periférico**	✓	1. Realice la respectiva anotación de manera completa en la historia clínica. 2. Realice todas las acciones definidas en la Guía de enfermería de prevención de IAA

clínica versalles

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

Identifique las necesidades del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X las necesidades identificadas y realice las actividades que se describen para cada de ellas.

NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCION EN SALUD			
NECESIDADES DEL DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE LA NECESIDAD		EN CASO DE IDENTIFICAR LA NECESIDAD SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES
1. Nécesidad de Aislamiento: De acuerdo a condición Clínica y diagnóstico del paciente, identifique si requiere aislamiento hospitalario	**° Diagnóstico o síntomas de enfermedad infectocontagiosa o inmunosupresión**		**1.** Identifique el tipo de aislamiento que requiere el paciente **2.** Ubíquelo en la unidad de aislamiento, disponga y proporcione los elementos requeridos **3.** Identifique la habitación con el tipo de aislamiento requerido por el paciente **4.** Realice la respectiva anotación en la historia clínica del paciente **5.** Eduque a la familia y acompañantes del paciente en las acciones a realizar antes del ingreso y du la visita. Verifique si se ajustan al protocolo de manera adecuada.
2. Necesidad de intervención nutricional: Identifique si el paciente presenta requerimientos nutricionales especiales y/o adicionales, de acuerdo a su condición clínica	**° Estado de desnutrución o malnutrución** **° Alteraciones para la deglución** **° Incapacidad para la vía oral (paciente en la unidad de cuidado intensivo, ventilación mecánica, gastrostomía, etc)**		**1.** Si identifica requerimientos nutricionales especiales para el paciente, informe al médico tratante p que se solicite valoración por Nutricionista **2.** Eduque a la familia y/o acompañantes del paciente en la importancia de adherirse a los protocolo: institucionales y el no ingreso de alimentos
3. Necesidad de vinculación a programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Identifique de acuerdo al grupo etáreo del paciente, qué programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad le aplican. **Cuales?**	**° Verificar de acuerdo al grupo etáreo al que corresponde el paciente, programa de promoción y prevención al cual aplica**		**1.** Diligencie el formato de remisión a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que apliquen para el paciente **2.** Realice la respectiva anotación en historia clínica para que en el momento del egreso el paciente s remitido a los programas de PyP que le apliquen
4. Necesidad de apoyo emocional: Identifique si el paciente o su familia requieren algún tipo de intervención por psicología	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente a quien se le identifican ideaciones suicidas o sentimientos de frustración y/o desesperanza** **°Paciente con Dx o cuadro clínico que requiera intervención (Ca- VIH- Abuso, otros)**		**1.** Comunique al médico tratante la necesidad de apoyo emocional identificada para que realice la solicitud de valoración y acompañamiento por psicología
5. Necesidad de apoyo espiritual: Identifique si el paciente solicita o requiere apoyo espiritual de acuerdo a sus creencias	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente en cuidado paliativo o premortem**		**1.** En caso de que el paciente o su familia requiera o solicite acompañamiento y/o apoyo espiritual, gestione de acuerdo a sus creencias dicha intervención
6. Necesidad de cuidados paliativos: El paciente se encuentra en fase terminal de su enfermedad	**° Paciente con Dx en estado terminal**		**1.** Proporcione todos los cuidados que el paciente requiera de manera humanizada, aplique todas las acciones definidas en el protocolo de manejo al paciente en cuidados paliativos **2.** Brinde toda la información al paciente y su familia sobre su condición clínica
7. Necesidad de interconsultas	**°Paciente requiere de acuerdo a su condición clínica y diagnóstico valoración por diferentes especialidades**		**1.** Informe al médico si el paciente requiere alguna interconsulta o valoración adicional para que se realice la respectiva solicitud
8. Necesidad de educación al usuario y su familia	**°Paciente y familias que no se encuentran enterados de su condición de salud, diagnóstico y o tratamiento**		**1.** Verifique si el usuario y su familia tienen conocimiento de su estado de salud, diagnóstico, tratamiento, y pronóstico **2.** En caso de identificar que el usuario y su familia no tienen clara la información anterior, realice socialización y educación en todo lo relacionado con su proceso de atención **3.** Verifique el paciente y su familia entendieron y comprendieron la información brindada

clínica versalles

INFORMACIÓN BRINDADA AL PACIENTE Y/O FAMILIA AL INGRESO A LA INSTITUCIÓN Y/O SERVICIO

No	ITEM EVALUADO	F	V	NA	OBSERVACIONES
1	Presentarse con nombre y cargo		✓		
2	Se entrega y explica protocolo de enfermería		✓		
3	Se entregan y explican derechos y deberes		✓		
4	Se explica objetivo de la manilla y tablero de identificación		✓		
5	Se da información de uso de timbre de llamado y personal a contactar en caso de requerirlo		✓		
6	Se entregan y explican tarjetas de cuidados		✓		
7	Se diligencia y se solicita al paciente y/o acompañante firma de consentimiento informado para realización de procedimientos de enfermería		✓		
8	Se da educación en rutas de evacuación ante emergencias		✓		
9	Se da educación en adecuada disposición de residuos		✓		
10	Se da información sobre dispositivos y su no manipulación		✓		
11	Se brinda educación sobre la importancia de los adecuados hábitos de higiene		✓		
12	Se brinda educación sobre los horarios de visitas y de alimentación		✓		

MECANISMO PARA LA EDUCACIÓN: F: Folleto- V: Verbal- NA: No aplica

¿EL PACIENTE Y/O FAMILIA CONOCE SU ESTADO DE SALUD?	SI	NO	NA	INFORMACIÓN BRINDADA
Indague al paciente y su familia, ¿conoce su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y/o condición de salud?	✓			

En caso de identificar no conocimiento de la condición de salud por parte del paciente y su familia, solicitar al área médica brindar la información y educación respectiva, de manera efectiva

QUIEN BRINDA LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN	QUIEN RECIBE LA EDUCACIÓN
[illegible]	X Martha C Salazar.

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, Monica liliana Cifuentes Salazar. identificado (a) con 24388592 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. Certifico 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 ✓ 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: 4-Feb-2019

Firma del Paciente o Representante: Martha C Salazar.

Nombre del Paciente o Representante: Monica L. Cifuentes

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: Tatiana

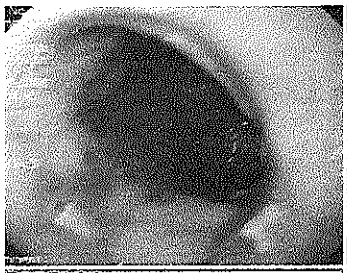
Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento: Tatiana

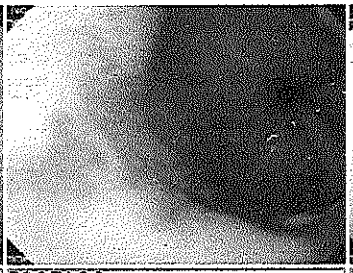
Servicio: Cx

Manizales 05/02/2019 07:41:29 a.m.

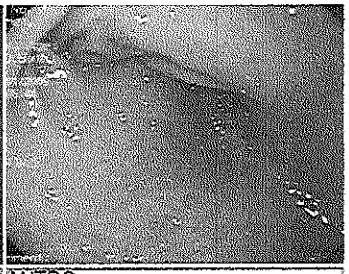
Paciente MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad 34 años 5 meses 2 semanas
Cedula 24338592
Institución SANITAS - URGENCIAS

ENDOSCOPIA


ESOFAGO


ESOFAGO

ESOFAGO


ANTRO

SEDACION: DRA MARGARITA ARANGO
DIAGNOSTICO DE REMISION: SANGRADO DIGESTVO

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, linea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con úlceras cubiertas de fibrina que comprometen dos tercios de la circunferencia y ascienden en forma lineal hasta los 28 cms , sin estigma de sangrado en el momento y cardias a 36 cms de la arcada dentaria amplio con hernia hiatal grande , no se toman biopsias por riesgo de resangrado

ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, piloro central permeable, mucosa antral con eritema y edema difuso leve , no ulceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal cardias amplio y hernia hiatal ya mencionada

DUODENO: Primera y segunda porciòn normal.

DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL

BIOPSIAS:

Dr. ALBERTO ANGEL PINZON
GASTROENTEROLOGO

Clínica Versalles	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

YO Monica Liliana Cirieri Salvar **CON C.C No** 24-338592.

Autorizo la realización del siguiente procedimiento: **ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA** con o sin biopsias.

- La naturaleza y propósitos del examen son los siguientes: **"INTRODUCIR UN EQUIPO ÓPTICO FLEXIBLE A TRAVÉS DE LA BOCA Y LAS FAUCES PARA ASÍ VISUALIZAR LA MUCOSA DEL ESÓFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO; INSUFLAR SU INTERIOR Y DE SER NECESARIO TOMAR UNA MUESTRA DE TEJIDO POR CEPILLADO O BIOPSIA PARA SU EXAMEN MICROSCÓPICO".**
- Se me han explicado los riesgos predominantes y relevantes de estos procedimientos. Se me explicó que las complicaciones ocurren muy raramente y que las más comunes son la perforación del tubo digestivo, hemorragias, reacciones medicamentosas, complicaciones cardíacas (arritmias, insuficiencia cardiorrespiratoria, trastornos de la conducción cardiaca) e infección, y las posibles complicaciones que derivan de la anestesia son: (Depresión respiratoria, hipotensión, arritmias, muerte).
- Por último se me permitió realizar todas las preguntas que considere de interés, las que me fueron contestadas a entera satisfacción.
- Reconozco que durante el transcurso del procedimiento, ciertas condiciones imprevistas pueden llegar a exigir procedimientos distintos o adicionales a los señalados en el párrafo 1. Por lo tanto, autorizo y solicito, además, que el médico, su ayudante o colaboradores realicen los procedimientos que sean necesarios. Esta autorización abarca las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el médico al comenzar el procedimiento.
- Declaro que se me ha explicado que el examen posee un margen de error pequeño; es un procedimiento operador-dependiente y por lo tanto el diagnóstico final puede cambiar.
- Con el objeto de promover la educación médica, consiento que se admitan observadores en la sala donde se ha de realizar la operación o procedimiento.
- Consiento, en caso de ser considerado necesario por el médico, que se me dé anestesia, administrada por un médico con certificación en sedación, y el uso de cualquier anestesia que considere recomendable.
- Consiento que se me administre medicación sedante o antiespasmódica, previamente o durante el estudio en caso de ser considerado necesario por el médico. Autorizo, además, a que se me suministre anestesia local en las fauces.
- Declaro que los espacios en blanco de este documento han sido diligenciados por mi o mi acompañante.

Paciente o persona legalmente autorizada para dar el consentimiento.

Firma X Luz Aleyda Lotero **Con C.C No** X 25163763

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL: Luz Aleyda Lotero A.

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

CC 25163763

Firma del Médico [signature] **Con C.C No** 10251566 **RM No** 0143

Fecha 15-02-18 **Hora** _____

clínica versalles

LISTA DE CHEQUEO ACCIONES SEGURAS PROCEDIMIENTOS CON SEDACION GRADO I y II

NOMBRE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar **FECHA:** 25-02-19

PROCEDIMIENTO: Endoscopia Digestiva alta.

ACCIÓN A EVALUAR

ANTES AUXILIAR DE ENDOSCOPIA	SI	NO	N/A	DURANTE MEDICO -SEDACIÓN	SI	NO	N/A	EGRESO	SI	NO	N/A
El paciente conoce su procedimiento?	✓			Presentación del médico que va a realizar la sedación y explicacion del procedimiento.	✓			Verificación al egreso de variables hemodinamicas y respiratorias	✓		
Paciente en ayuno mínimo de 8 horas?	✓			Verificación de monitoreo de variables hemodinamicas y respiratorias durante el procedimiento, en el respectivo formato	✓			Entrega plan de cuidado, signos de alarma e instrucciones de acuerdo al procedimiento	✓		
El paciente suspendió asa, warfarina, heparina?	✓			Aplicación de los 10 correctos en la administración de los medicamentos	✓			Entrega e información de derechos y deberes a los pacientes	✓		
Signos vitales estables y variables hemodinamicas?	✓										
Se verificó la ausencia de maquillaje, joyas, piercing, esmalte y lentes de contacto?	✓										
Fue retirada la prótesis dental ?	✓										
Verificación de historia clínica, exámenes e imágenes diagnosticas relacionados con el procedimiento	✓										
Paciente NO es alérgico	✓										
El paciente fue canalizado con intracath 18 en miembro superior derecho o izquierdo según el procedimiento?	✓										
Paciente con acompañate para el procedimiento	✓										
Verificación de preparación en caso de colonoscopia			✓								
verificación de firma de consentimiento informádo	✓										

FIRMA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA	FIRMA DE MEDICO ANESTESIOLOGO O CERTIFICADO EN SEDACION	AUXILIAR DE ENFERMERIA
	Dr Margarita Arango	

clínica versalles por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICA VERSALLES

NOMBRE: MONICA LILIANA CIFUENTES | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24338592

UNIDAD FUNCIONAL: UCI | EPS: SANITAS

NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA	NOMBRE FOLIO		No. DE HOJA
Identificación del paciente		Maternas	Control trabajo de parto	
Comprobante de atención	1		Valoración del recién nacido	
Epicrisis			Egreso del recién nacido	
Remisión		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		◦ EJDA		1
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		◦ BRADEN		1
Formulas de control		◦		
Devoluciones		◦		
Tarjeta de medicamentos		◦		
Ordenes de ambulancia		◦		
Consentimientos informados	1	◦		# FOLIOS
Listas de chequeo		Paquetes		# FOLIOS
Reg. de control de educación a la familia	1	Paquete de urgencias	OURG	# FOLIOS
Reg. de escala de medición ucis		Paquete de hospitalización	HOSP	# FOLIOS
Comprobante de información estado pcte		Paquete de ginecología	GIOB	# FOLIOS
Escala visual de ingesta		Paquete UCIN	UCIN	# FOLIOS
Autorizaciones o verificador	1	Paquete de UCI	OUCI	# FOLIOS
Triage	1	Paquete de quirófano	OOQX	
Entrega folio:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe admisionador:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en piso:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en unidades:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en facturación:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en radicación:	NOMBRE Y CARGO	Fecha:		
Recibe en archivo médico:	NOMBRE Y CARGO	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

2589672

clínica versalles
por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICA VERSALLES

NOMBRE: Monica Liliana Cifuentes	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24338592
UNIDAD FUNCIONAL: Hosp 3P 308B	EPS: Sanitas.

NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA
Identificación del paciente	
Comprobante de atención	1
Epicrisis	
Remisión	
Plan de Cuidados de enfermería	1
Tramites administrativos	
Hoja de tratamientos	1
Hoja de oxígeno	
Hoja de glucometrías	
Hoja de signos vitales	
Hoja de control de líquidos	
Hoja de control de antibióticos	
Hoja de Glasgow	
Peso diario	
Escala de riesgo de caídas	
Monitoreo gasimétrico y ventilatorio	
Reporte de gases arteriales	
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	
Formato de nutrición parental	
Formato para realización de cambios de posición	
Manejo de pertenencias	
Informe anatomía patológica	
Fotocopia de documentos	
Autorización acompañante permanente	
Formulas de control	
Devoluciones	
Tarjeta de medicamentos	1
Ordenes de ambulancia	
Consentimientos informados	1
Listas de chequeo	
Reg. de control de educación a la familia	
Reg. de escala de medición ucis	
Comprobante de información estado pcte	
Escala visual de ingesta	
Autorizaciones o verificador	
Triage	

NOMBRE FOLIO		No. DE HOJA
Maternas	Control trabajo de parto	
	Valoración del recién nacido	
	Egreso del recién nacido	
Neonatos	Criterios de admisión	
	Historia clínica perinatal de ingreso	
	Record de laboratorio	
	Terapia respiratoria	
	Hoja de cuidado de enfermería	
Quirófano	Informe quirúrgico	
	Informe de anestesia	
	Cargo de insumos quirófano	
	Hoja de tratamiento quirófano	
	Conteo de elementos utilizados	
	Lista de chequeo acciones seguras	
Ayudas diagnósticas internas:		
• EUDA		1
•		
•		
•		
•		
•		
Ayudas diagnósticas externas:		
•		
•		
•		
•		
Otras		
•		
•		
•		
•		
•		
•		
Paquetes		
Paquete de urgencias	OURG	1
Paquete de hospitalización	HOSP	
Paquete de ginecología	GIOB	
Paquete UCIN	UCIN	
Paquete de UCI	OUCI	
Paquete de quirófano	OOQX	

Entrega folio: Natalia A 6	Fecha: Auge 14
Recibe admisionador:	Fecha: 26-06-19
Recibe en piso:	Fecha:
Recibe en unidades:	Fecha:
Recibe en facturación:	Fecha: 17 folios Diego
Recibe en radicación: 17 Silvana	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

CLINICA VERSALLES

810003245

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

[RCerA

Fecha: 18/06/2
Hora: 16:11:3
Página: 1

Fecha	Día	Mes
	18	6

Nombre y Apellidos Usuario: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Documento de identificación: 24338592
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A- SANITAS PGP 1

	Día	Mes	Año
Fecha de Ingreso	18	6	2019
Fecha de Egreso	0	0	0

Certifico que CLINICA VERSALLES **, me presto los siguientes servicios de salu**
(soportados en la historia clinica): Hospitalizacion 3er Piso

Nota: En caso que el paciente no pueda firmar o sea menor de edad, el certificado será firmado por el acompañante.

Martha c Salazar A

Firma Paciente
cc. 30.270.734 Meles.

Huella índice derecho

clínica versalles

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Monica liliana cifuentes salazar	CEDULA: 24338592	EDAD: 34 años	PESO:	CAMA: 308B
FECHA INGRESO: 18/06/19	GRUPOS SANGUINEO: O+	ENTIDAD: Sanitas	C:	B:
ALERGICO SI: NO: //	MEDICAMENTO: —//—	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO: //	MEDIO: BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO: Hemorragia de vias digestivas Altas		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: AP: ulcera esofagica Paralisis cerebral		
ESPECIALIDAD: Gastro				
DIETA: Corriente				

FECHA	LIQUIDOS EV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
18/06/19	Hartman 2000cc/24H	~~CONTROL DE SIGNOS VITALES~~	Seguimiento Por Gasto	Alejandra C
19/06/19	Hartman 2000cc/24H	BARANDAS ARRIBA POSICION	P/Sacar copia a EVDA	Alejandra C.
		SEMIFOWLER CUIDADOS		
		~~ACCESO VENOSO:VALORAR~~		
		ERITEMA, DOLOR, CALOR LOCAL		
		ASISTIR ACTIVIDADES MEDIDAS		
		~~ANTIESCARAS: CAMBIOS DE~~		
		POSICION, HIDRATAR PIEL,		
		PROMOVER DEAMBULACION		
		~~MEDIDAS ANTINEUMONIA:~~		
		~~POSICION FOWLER, SENTAR EN~~		
		EL DIA, ENJUEGUE BUCAL Y		
		CEPILLADO DE DIENTES C/8H		
		~~TIMBRE LLAMADO ENF. CERCA~~		
			ERC: 20/06/19	

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
	13/06/19	INFUSION de omeprazol	1amp	C/12H	IV	02-06-10-14-18-22	13/18	

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrias: 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

TRATAMIENTOS

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

Hoja Nº _____

1er Apellido	2do Apellido	Nombre(s)	Nº HISTORIA CLÍNICA
Cifuentes	Salazar	Monica Liliana	24 338 592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
Hosp	3º Piso	308B

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	18/06 D	18/06 N	19.6 D	19.6 N	20-6 D	20-6 N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Aseo cavidad		~~20~~	~~8~~	~~20~~	~~8~~																							
Oral 3 Veces/dia			~~14~~		14																							
Omeprazol Amp x 40mg	~~18~~	~~22~~	~~10~~	~~22~~	~~10~~																							
1 Amp IV C/4 Hrs		~~02~~	~~14~~	~~02~~	14																							
2 dosis Urg.		~~06~~	~~18~~	~~06~~	18																							

FIRMAS		
	1er TURNO	Betty Jorge
	2do TURNO	Juliana Jorge
	3er TURNO	Xime

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIE OS

DÍA, 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

clínica versalles

TARJETA INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar | CAMA Nº: 308B

SERVICIO: Hosp. 3er Piso CC 24338592 | **ALERGIAS:** —11—

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	HORARIO						FIRMA
18/06/19	Aseo cavidad oral	3 veces	VO		08		14		20	
18/06/19	omeprazol amp x 40mg 1 amp en 100cc dessN a 20cc/H	1 amp c/4H	IV	02	06	10	14	18	22	
18/06/19	Hartman x 500cc	2000cc/24H	IV	06		12		18	24	

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

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:

Clínica Versalles	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

YO Monica Liliana Ciguenza CON C.C No 24338592

Autorizo la realización del siguiente procedimiento: **ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA** con o sin biopsias.

- La naturaleza y propósitos del examen son los siguientes: **"INTRODUCIR UN EQUIPO ÓPTICO FLEXIBLE A TRAVÉS DE LA BOCA Y LAS FAUCES PARA ASÍ VISUALIZAR LA MUCOSA DEL ESÓFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO; INSUFLAR SU INTERIOR Y DE SER NECESARIO TOMAR UNA MUESTRA DE TEJIDO POR CEPILLADO O BIOPSIA PARA SU EXAMEN MICROSCÓPICO".**
- Se me han explicado los riesgos predominantes y relevantes de estos procedimientos. Se me explicó que las complicaciones ocurren muy raramente y que las más comunes son la perforación del tubo digestivo, hemorragias, reacciones medicamentosas, complicaciones cardiacas (arritmias, insuficiencia cardiorrespiratoria, trastornos de la conducción cardiaca) e infección, y las posibles complicaciones que derivan de la anestesia son: (Depresión respiratoria, hipotensión, arritmias, muerte).
- Por último se me permitió realizar todas las preguntas que considere de interés, las que me fueron contestadas a entera satisfacción.
- Reconozco que durante el transcurso del procedimiento, ciertas condiciones imprevistas pueden llegar a exigir procedimientos distintos o adicionales a los señalados en el párrafo 1. Por lo tanto, autorizo y solicito, además, que el médico, su ayudante o colaboradores realicen los procedimientos que sean necesarios. Esta autorización abarca las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el médico al comenzar el procedimiento.
- Declaro que se me ha explicado que el examen posee un margen de error pequeño; es un procedimiento operador-dependiente y por lo tanto el diagnóstico final puede cambiar.
- Con el objeto de promover la educación médica, consiento que se admitan observadores en la sala donde se ha de realizar la operación o procedimiento.
- Consiento, en caso de ser considerado necesario por el médico, que se me dé anestesia, administrada por un médico con certificación en sedación, y el uso de cualquier anestesia que considere recomendable.
- Consiento que se me administre medicación sedante o antiespasmódica, previamente o durante el estudio en caso de ser considerado necesario por el médico. Autorizo, además, a que se me suministre anestesia local en las fauces.
- Declaro que los espacios en blanco de este documento han sido diligenciados por mi o mi acompañante.

Paciente o persona legalmente autorizada para dar el consentimiento.

Firma X Martha C Salazar **Con C.C No** X 30-270-734

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL: _____

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

CC_____

Firma del Médico _____ **Con C.C No** 1075156 **RM No** 0143

Fecha 19-06-19 **Hora**_____

versalles

Manizales 19/06/2019 03:53:15 p.m.

Paciente MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Edad 34 años 10 meses
Cedula 24338592
Institución SANITAS - URGENCIAS

ENDOSCOPIA

DUODENO	FUNDUS	ANTRO	ESOFAGO

SEDACION: DRA MARGARITA ARANGO

DIAGNOSTICO DE REMISION: SANGRADO DIGESTIVO

ESOFAGO: Distensibilidad conservada, linea zeta a 31 cms de la arcada dentaria con ulceración cubierta de fibrina que compromete 75% de la circunferencia sin estigma de sangrado y con hiato a 36 cms amplio con hernia hiatal grande

ESTOMAGO: Distensibilidad normal, lago mucoso claro, pliegues de curva mayor de forma y tamaño normal, àngulo sano, piloro central permeable, edematoso, mucosa antral con eritema y edema difuso leve sin úlceras ni masas, en retroflexión se observa fundus normal con hiato amplio y hernia hiatal ya mencionada.

DUODENO: Primera y segunda porciòn normal.

DIAGNOSTICO: HERNIA HIATAL GRANDE - ESOFAGITIS GRADO C - GASTRITIS AGUDA LEVE ANTRAL

BIOPSIAS: NO

Dr. ALBERTO ANGEL PINZON
GASTROENTEROLOGO

EPS Sanitas

MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
CC 24338592

NO. AFILIACIÓN
4387147

AFILIADO

VÁLIDO HASTA
VITALICIO

DISCAPACIDAD
SI

06/2018

EPS Sanitas

www.epssanitas.com

El afiliado registrado en este carné está exento del cobro de cuotas moderadoras o copagos. Este carné debe ser presentado por el titular del mismo al momento de hacer uso de los servicios autorizados en la red de instituciones y profesionales adscritas a EPS Sanitas y para reclamar medicamentos.

Para mayor información comuníquese con la línea de atención Fonosanitas: 3759000 en Bogotá o al 018000919100 para el resto del país.

cadena s.a.

vigilado Supersalud

clínica versalles

TARJETA INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar | CAMA Nº: 4,5.

SERVICIO: Urgencias. cc 24338592 | **ALERGIAS:**

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	HORARIO	FIRMA
Jun 18	Hartman 80 cc/h		IV	6 – 12 – 18 – 24	nata
Jun 18	Omeprazol x 40	1amp	IV	14 – 18 – 22 – 2 – 6 – 10	nata
	1 amp + 100 cc SN a 20 cc/h				
Jun 18	Glucometria	——→		6 – 14 – 22	nata

ANTIBIOTICOS

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

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:

clínica versalles por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICA VERSALLES

NOMBRE: Mariana Arcentes | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24338592

UNIDAD FUNCIONAL: C1 | EPS: Sanitas

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		Neonatos	Criterios de admisión	
Plan de Cuidados de enfermería			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			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		⊙		
Formulas de control		⊙		
Devoluciones		⊙		
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	1	Paquete de UCI	OUCI	
Triage	1	Paquete de quirófano	OOQX	
Entrega folio: Tamara		Fecha: 18 JUNIO 2019		
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

clínica versalles

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

308B

NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes Salazar	CEDULA: 24338592	EDAD: 34	PESO:	CAMA:
FECHA INGRESO: Junio 18-19	GRUPOS SANGUINEO: O+	ENTIDAD: Sanitas	C:	B:
ALERGICO SI: NO: x	MEDICAMENTO:	RIESGO DE CAIDAS: ALTO: X MEDIO: BAJO:		
DIAGNOSTICO CLINICO: Sangrado Digestivo	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: AP: paralisis cerebral, marcha en tijera, ulceras en esofago, sang digestivo mayo 2017.			
ESPECIALIDAD: Gastro.				
DIETA: NVO				

FECHA	LIQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
Jun 18	Harman 80 cc/hr	observacion / Hospitalizar	- CH, TP, TPT (+	Tahona.
		control signos vitales		
		cuidados con acceso	- Vx x Gastro ( )	
		cenoso (dda. cala. eterno)		
		Barandas arriba		
		medidas antiescaras		
		medidas antineumonicas		
		Posicion focular		
		aseo cuidad oral		
		vigilar dala		
		cursar cambios		
		- Vigilar sangrado		
		- Glucometrias mientras		
		este sin vo		
		- Acompañante permanente		

RC-387 V2 05/05/2011

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

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrias: 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

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCION

NOMBRE DEL PACIENTE :	Mónica Liliana Cifuentes Salazar	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	24338592
SERVICIO:	Urgencias	**FECHA DE INGRESO:**	Jun 18-19

Identifique los riesgos del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X los riesgos identificados y realice las actividades que se describen para cada uno de ellos.

RIESGOS DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

POSIBLES RIESGOS DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE RIESGO		EN CASO DE IDENTIFICAR EL RIESGO SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
Alergias: Indague si el paciente es alérgico a algún medicamento, sustancia o alimento Registre Cual(es)	**°Antecedentes registrados de alergia a medicamentos, sustancias o alimentos** **° Paciente y familia refieren antecedentes personales y/o familiares de alergias**		**1.** Realice la respectiva anotación en Historia Clínica de la alergia identificada **2.**Incluya en la manilla de identificación el circulo que identifica al paciente como alérgico **3.**Incluya en el rótulo de identificación del paciente los datos completos, señale la casilla de alergias. **4.**Recuerde en cada entrega de turno incluir información de las alergias del paciente
2. Riesgo de Caídas: Aplique la escala establecida para identificar el riesgo de caídas	**° Escala de identificación de riesgo de caídas con clasificación de riesgo medio o alto**		**1.** Identifique al paciente según su riesgo en la manilla y tablero de identificación **2.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de prevención de caídas
3. Riesgo de lesiones en piel: Aplique la escala establecida para la identificación de Riesgo de úlceras por presión	**° Sindrome de inmovilidad ó reposo absoluto** **° Incontinencia fecal y/o urinaria** **° Obesidad- Desnutrición o deshidratación** **° Infección/ sepsis** **° Heridas con gran exudado** **° Dispositivos como: sondas, yesos, tracciones, oxígeno**		**1.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de cuidados de piel y prevención de UPP de acuerdo a la clasificación del riesgo de úlceras por presión
4. Riesgo de presentar una alteración mental durante el proceso de atención: Solicite al área de psicología la aplicación del tamizaje de salud mental posterior a la indicación de hospitalización.	**° Tamizaje de salud mental reporta riesgo alto de alteración mental** **°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA**		**1.** Determinar clasificación de riesgo, riesgo bajo, riesgo medio o riesgo alto **2.** Determinar por el área de psicología las actividades de intervención o prevención según las necesidades del paciente. **3.** Realizar identificación del paciente con manilla naranja, tablero con riesgo de fuga a los pacientes clasificados como riesgo alto. **4.**Solicitar acompañante permanente a los pacientes clasificados con riesgo alto
5. Riesgo de agresión externa: Identifique si el paciente presenta riesgos de agresión externa por situaciones presentadas referidas por el mismo,la familia o las autoridades	**°Paciente custodiado por la policía o INPEC** **°Antecedente o ingreso por agresión**		**1.** Solicite apoyo de Policia o Inpec según el caso, para asegurar la seguridad del paciente **2.** Informe al personal de Vigilancia la situación para incrementar las medidas de seguridad al ingreso de visitas **3.** Ubique al paciente según disponibilidad de camas en una unidad con menos flujo de usuarios.
6. Riesgo de pérdida o fuga: Identifique de acuerdo a los antecedentes del paciente, factores socioculturales,estado clínico y cognitivo, antecedentes de enfermedad mental o consumo de SPA si presenta riesgo de pérdida o fuga	**°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA** **°Aplique escala para identificación de riesgo de fuga o evasión**		1. Identifique el riesgo del paciente segun escala institucional y realice todas las acciones para la prevención de pérdida o fuga según su clasificación 2. Identifique al paciente con la manilla respectiva para el riesgo de pérdida o fuga 3. realice la respectiva anotación en la historia clínica y socialice la situación con su equipo de trabajo 4. Informe a personal de vigilancia que el paciente tiene riesgo de fuga para que se incrementen las acciones de prevención.
7.Riesgo de infección: Identifique si el paciente por su diagnóstico, condición clínica, dispositivos invasivos, tiene riesgo de presentar infecciones asociadas al cuidado de la salud	**° Edad mayor a 60 años** **° Inmunosupresión** **° Diabetes mellitus** **° Reposo absoluto- Inmovilidad** **° Dispositivos invasivos: Sonda vesical- Ventilación mecánica- BIPAP- Traqueostomía** **° Acceso venoso/ arterial/central o periférico**		1. Realice la respectiva anotación de manera completa en la historia clínica. 2. Realice todas las acciones definidas en la Guía de enfermería de prevención de IAAS

Clínica versalles

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

Identifique las necesidades del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X las necesidades identificadas y realice las actividades que se describen para cada una de ellas.

NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

NECESIDADES DEL DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE LA NECESIDAD		EN CASO DE IDENTIFICAR LA NECESIDAD SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
1. Necesidad de Aislamiento: De acuerdo a condición Clínica y diagnóstico del paciente, identifique si requiere aislamiento hospitalario	**° Diagnóstico o síntomas de enfermedad infectocontagiosa o inmunosupresión**		**1.** Identifique el tipo de aislamiento que requiere el paciente **2.** Ubíquelo en la unidad de aislamiento, disponga y proporcione los elementos requeridos **3.** Identifique la habitación con el tipo de aislamiento requerido por el paciente **4.** Realice la respectiva anotación en la historia clínica del paciente **5.** Eduque a la familia y acompañantes del paciente en las acciones a realizar antes del ingreso y durante la visita. Verifique si se ajustan al protocolo de manera adecuada.
2. Necesidad de intervención nutricional: Identifique si el paciente presenta requerimientos nutricionales especiales y/o adicionales, de acuerdo a su condición clínica	**° Estado de desnutrución o malnutrución** **° Alteraciones para la deglución** **° Incapacidad para la vía oral (paciente en la unidad de cuidado intensivo, ventilación mecánica, gastrostomía, etc)**		**1.** Si identifica requerimientos nutricionales especiales para el paciente, informe al médico tratante para que se solicite valoración por Nutricionista **2.** Eduque a la familia y/o acompañantes del paciente en la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y el no ingreso de alimentos
3. Necesidad de vinculación a programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Identifique de acuerdo al grupo etáreo del paciente, qué programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad le aplican. **Cuales?**	**° Verificar de acuerdo al grupo etáreo al que corresponde el paciente, programa de promoción y prevención al cual aplica**		**1.** Diligencie el formato de remisión a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que apliquen para el paciente **2.** Realice la respectiva anotación en historia clínica para que en el momento del egreso el paciente sea remitido a los programas de PyP que le apliquen
4. Necesidad de apoyo emocional: Identifique si el paciente o su familia requieren algún tipo de intervención por psicología	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente a quien se le identifican ideaciones suicidas o sentimientos de frustración y/o desesperanza** **°Paciente con Dx o cuadro clínico que requiera intervención (Ca- VIH- Abuso, otros)**		**1.** Comunique al médico tratante la necesidad de apoyo emocional identificada para que realice la solicitud de valoración y acompañamiento por psicología
5. Necesidad de apoyo espiritual: Identifique si el paciente solicita o requiere apoyo espiritual de acuerdo a sus creencias	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente en cuidado paliativo o premortem**		**1.** En caso de que el paciente o su familia requiera o solicite acompañamiento y/o apoyo espiritual, gestione de acuerdo a sus creencias dicha intervención
6. Necesidad de cuidados paliativos: El paciente se encuentra en fase terminal de su enfermedad	**° Paciente con Dx en estado terminal**		**1.** Proporcione todos los cuidados que el paciente requiera de manera humanizada, aplique todas las acciones definidas en el protocolo de manejo al paciente en cuidados paliativos **2.** Brinde toda la información al paciente y su familia sobre su condición clínica
7. Necesidad de interconsultas	**°Paciente requiere de acuerdo a su condición clínica y diagnóstico valoración por diferentes especialidades**		**1.** Informe al médico si el paciente requiere alguna interconsulta o valoración adicional para que se realice la respectiva solicitud
8. Necesidad de educación al usuario y su familia	**°Paciente y familias que no se encuentran enterados de su condición de salud, diagnóstico y o tratamiento**		**1.** Verifique si el usuario y su familia tienen conocimiento de su estado de salud, diagnóstico, tratamiento, y pronóstico **2.** En caso de identificar que el usuario y su familia no tienen clara la información anterior, realice socialización y educación en todo lo relacionado con su proceso de atención **3.** Verifique el paciente y su familia entendieron y comprendieron la información brindada

clínica versalles

INFORMACIÓN BRINDADA AL PACIENTE Y/O FAMILIA AL INGRESO A LA INSTITUCIÓN Y/O SERVICIO

No	ITEM EVALUADO	F	V	NA	OBSERVACIONES
1	Presentarse con nombre y cargo				
2	Se entrega y explica protocolo de enfermería				
3	Se entregan y explican derechos y deberes				
4	Se explica objetivo de la manilla y tablero de identificación				
5	Se da información de uso de timbre de llamado y personal a contactar en caso de requerirlo				
6	Se entregan y explican tarjetas de cuidados				
7	Se diligencia y se solicita al paciente y/o acompañante firma de consentimiento informado para realización de procedimientos de enfermería				
8	Se da educación en rutas de evacuación ante emergencias				
9	Se da educación en adecuada disposición de residuos				
10	Se da información sobre dispositivos y su no manipulación				
11	Se brinda educación sobre la importancia de los adecuados hábitos de higiene				
12	Se brinda educación sobre los horarios de visitas y de alimentación				

MECANISMO PARA LA EDUCACIÓN: F: Folleto- V: Verbal- NA: No aplica

¿EL PACIENTE Y/O FAMILIA CONOCE SU ESTADO DE SALUD?	SI	NO	NA	INFORMACIÓN BRINDADA
Indague al paciente y su familia, ¿conoce su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y/o condición de salud?				

En caso de identificar no conocimiento de la condición de salud por parte del paciente y su familia, solicitar al área médica brindar la información y educación respectiva, de manera efectiva

QUIEN BRINDA LA INFORMACION Y EDUCACION	QUIEN RECIBE LA EDUCACION
Tatiana C	

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, Mónica Liliana Cifuentes Salazar identificado (a) con 24338592 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. Certifico 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___ 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: Junio 18-19

Firma del Paciente o Representante:

Nombre del Paciente o Representante: Mónica L. Cifuentes.

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: Tatiana.

Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento: Tatiana

Servicio: Urgencias

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
Cifuentes	Salazar	Mónica Liliana	24338592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
Urgencias		

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	Jun 18 D	Jun 18 N																														
Omeprazol x 40	13																															
2 amp IV bolo y continúa 1 amp + 100 cc SSN 20. cc/hr	14	18																														

FIRMAS																																
	1er TURNO																															
	2do TURNO	Nara																														
	3er TURNO																															

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATA ENTOS

DÍA, 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

clínica versalles

CONTROL DE GLUCOMETRIAS

NOMBRE DEL PACIENTE: Mónica Liliana Cifuentes Salazar	NUMERO DE HABITACION:
IDENTIFICACION: 24338592	SERVICIO Urgencias

FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE	FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE
Junio 18-19	1400	94.	—						

RC-059 V2 08 /03 / 2012

CLINICA VERSALLES

810003245

[RCerAtn]

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Fecha: 18/06/2019
Hora: 11:14:10
Página: 1

Fecha	Día	Mes	Año
	18	6	2019

Nombre y Apellidos Usuario: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
Documento de identificación: 24338592
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A

	Día	Mes	Año
Fecha de Ingreso	18	6	2019
Fecha de Egreso	0	0	0

Certifico que CLINICA VERSALLES **, me presto los siguientes servicios de salud:**
(soportados en la historia clinica): Urgencia

Nota: En caso que el paciente no pueda firmar o sea menor de edad, el certificado será firmado por el acompañante.

Martha C Salazar L

Firma Paciente

cc - 30270734

Huella índice derecho

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario:

SANITAS V7.0.12

Usuario: 1053838620.prest

Prestador (/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?cid=115393&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Aauthenticator.logout)

Gestion Reportes Consultas

10926 - CLINICAVERSALLES S A

Número registro atención:
191794294784

Fecha de creación:
18/06/2019 11:08

Fecha de atención:
18/06/2019

Ayuda (/ValidadorDerechos/pages/ayuda.seam?cid=115393) Ver Demo

Validación

Información usuario

CIFUENTES_SALAZAR,MONICA_LILIANA

Compañía: 30 EPS **Plan:** 10 REGIMEN CONTRIBUTIVO **Contrato:** 4387147 **Familia:** 1

Número de Usuario: 5 **Estado:** HABILITADO **Tipo Documento:** CEDULA DE CIUDADANIA **Número Documento:** 24338592 **Teléfono principal:** **Segundo Teléfono:** **Correo electrónico:** **Fecha Nacimiento:** 18/08/1984 **Edad:** 34 AÑOS **Sexo:** F

Servicios | Registro de Sesiones en Curso | Registro de Inconsistencias | Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

Condición de beneficiario mayor de 18 años:		SSemanas cotizadas a la SGSSS:	46
Usuario compartido:		NCategoría:	A
PAC - Plan de atención complementaria:	CEDULA DE CIUDADANIA	Tipo de documento:	
Número de documento del Cotizante Titular:	COBERTURA INTEGRAL	4421109Motivo del estado del usuario:	
Tipo de afiliado:		BENEFICIARIO	

IPS Médico

IPS Odontológico

Nombre:	EPS SANITAS CENTRO MEDICO MANIZALES	Nombre:	SALUD ORAL S A

Dirección:	CR . 4 35 BARRIO PALOGRANDE	Dirección:	CL 64 21/50 CONSULTORIO 502- PORTAL DEL CABLE
Teléfono:	018000940304	Teléfono:	8904030
Municipio:	MANIZALES	Municipio:	MANIZALES
Departamento:	CALDAS	Departamento:	CALDAS

Alertas

CONDICION DE DISCAPACIDAD - EPS - EXENTO COBROS MODERADORES/NORMAL

clínica ospedale manizales por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICAS OSPEDALE

NOMBRE: Monica Liliana Cifuentes Solarte | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24338582

UNIDAD FUNCIONAL: Hosp-3 | EPS: Sanitas

NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA
Identificación del paciente	1
Comprobante de atención	1
Epicrisis	
Remisión	
Plan de Cuidados de enfermería	
Tramites administrativos	
Hoja de tratamientos	1
Hoja de oxígeno	1
Hoja de glucometrías	
Hoja de signos vitales	
Hoja de control de líquidos	
Hoja de control de antibióticos	
Hoja de Glasgow	
Peso diario	
Escala de riesgo de caídas	
Monitoreo gasimétrico y ventilatorio	
Reporte de gases arteriales	
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	
Formato de nutrición parental	
Formato para realización de cambios de posición	
Manejo de pertenencias	
Informe anatomía patológica	
Fotocopia de documentos	
Autorización acompañante permanente	
Formulas de control	
Devoluciones	
Tarjeta de medicamentos	
Ordenes de ambulancia	
Consentimientos informados	
Listas de chequeo	
Reg. de control de educación a la familia	
Reg. de escala de medición ucis	
Comprobante de información estado pcte	
Escala visual de ingesta	
Autorizaciones o verificador	
Triage	

NOMBRE FOLIO		No. DE HOJA
Maternas	Control trabajo de parto	
	Valoración del recién nacido	
	Egreso del recién nacido	
Neonatos	Criterios de admisión	
	Historia clínica perinatal de ingreso	
	Record de laboratorio	
	Terapia respiratoria	
	Hoja de cuidado de enfermería	
Quirófano	Informe quirúrgico	
	Informe de anestesia	
	Cargo de insumos quirófano	
	Hoja de tratamiento quirófano	
	Conteo de elementos utilizados	
	Lista de chequeo acciones seguras	
Ayudas diagnósticas internas:		
•		
•		
•		
•		
•		
•		
Ayudas diagnósticas externas:		
•		
•		
•		
•		
Otras		
•		
•		
•		
•		
•		
•		
Paquetes		
Paquete de urgencias	OURG	
Paquete de hospitalización	HOSP	1
Paquete de ginecología	GIOB	
Paquete UCIN	UCIN	
Paquete de UCI	OUCI	
Paquete de quirófano	OOQX	1
Fecha: 16/09/21		
Fecha:		
Fecha:		
Fecha: PGP 3082305		35614
Fecha:		
Fecha:		
Fecha:		

Entrega folio: Sergio Vargas

Recibe admisionador:

Recibe en piso:

Recibe en unidades:

Recibe en facturación: Zy Valeria

Recibe en radicación:

Recibe en archivo médico:

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

CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A

810003245

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

[RCerAtn]

Fecha: 13/09/2021
Hora: 18:28:56
Página: 1

Fecha	Día	Mes	Año
	13	9	2021

Nombre y Apellidos Usuario: MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Documento de identificación: 24338592

Entidad: SANITAS PGP 1

	Día	Mes	Año
Fecha de Ingreso	13	9	2021
Fecha de Egreso	0	0	0

Certifico que CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A , me presto los siguientes servicios de salud: (soportados en la historia clinica):

Hosp 3

Nota: En caso que el paciente no pueda firmar o sea menor de edad, el certificado será firmado por el acompañante.

Firma Paciente

Huella índice derecho

SANITAS V10.1.12

Usuario: 1053780207.prest

Salir (/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?cid=2140&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Aauthenticator.logout)

Gestion Reportes Consultas

Ayuda (/ValidadorDerechos/help.seam?cid=2140)

Ver Demo (http://appcore.colsanitas.com/demo_validador/)

Validación

Información usuario

CIFUENTES_SALAZAR,MONICA_LILIANA

Compañía: 30 EPS **Plan:** 10 REGIMEN CONTRIBUTIVO **Contrato:** 4387147

Familia: 1

Número de Usuario: 5 **Estado:** HABILITADO **Tipo Documento:** CEDULA DE CIUDADANIA **Número Documento:** 24338592 **Teléfono principal:**

Segundo Teléfono:

Correo electrónico:

Fecha Nacimiento: 18/08/1984

Edad: 37 AÑOS **Sexo:** F

Servicios | Registro de Sesiones en Curso | Registro de Inconsistencias | Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

Condición de beneficiario mayor de 18 años:	S	Semanas cotizadas a la SGSSS:	123
Usuario compartido:	N	Categoría:	A
PAC - Plan de atención complementaria: CEDULA DE CIUDADANIA		Tipo de documento:	
Número de documento del Cotizante Título: COBERTURA INTEGRAL	4421109	Motivo del estado del usuario:	
Tipo de afiliado:	BENEFICIARIO		

IPS Médico

IPS Odontológico

Nombre:	EPS SANITAS CENTRO MEDICO MANIZALES	Nombre:	SALUD ORAL S A
Dirección:	CR 24 64 35 BARRIO PALOGRANDE	Dirección:	KR 24 65 61 LOCALES 104 Y 105 EDIFICIO MIRADOR DE GUAYACANES
Teléfono:	018000940304	Teléfono:	8874212
Municipio:	MANIZALES	Municipio:	MANIZALES
Departamento:	CALDAS	Departamento:	CALDAS

clínica ospedale
manizales por tu bien

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes.	CEDULA: 24338592	EDAD: 37	PESO:	CAMA: 307A	
FECHA INGRESO: 13-09-21	GRUPOS SANGUINEO: O+	ENTIDAD: Sanitas.	C:	B:	
ALÉRGICO (SI): NO:	MEDICAMENTO: Meropenem	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO:	MEDIO:	BAJO:
DIAGNOSTICO CLÍNICO: PSP cirugía antireflujo gastroesofágico + Reconstrucción del esfinter		DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:			
ESPECIALIDAD: Cx General		x Laparoscopia del 13-09-21			
DIETA: Líquidos no avanzar					

FECHA	LÍQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PENDIENTES DE ENFERMERÍA	RESPONSABLE
13-09-21	Hartmann 75cc/hr	CONTROL DE SIGNOS VITALES PREVENIR CAIDAS: BARANDAS ARRIBA ,LLAMADO DE ENFERMERIA CERCA, CUIDADOS CON ACCESO VENOSO: EVALUAR SI PRESENTA ERITEMA, DOLOR , CALOR LOCAL, CUIDADOS ACCESO VENOSO, POSICION SEMIFOWLER ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDA ANTIESCARAS , MEDIDAS ANTINEUMONIA, ENJUEGUE BUCAL C/8H Y CEPILLADO DE DIENTES CUIDADOS CON PIEL , CONTROL DE DOLOR PROMOVER DEAMBULACION ,ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDAS ANTIEMBOLICAS, ENJUEGUES CON CLORHEXIDINA UTILIZACION ESTRICTA DE LOS 10 CORRECTOS, EVALUAR PATRON RESPIRATORIO , SATURACION DE OXIGENO, VERIFICAR IDENTIFICACION DEL PACIENTE, VERIFICAR MANILLA BIEN DILIGENCIADA Y COMPLETA , TENER TAPABOCAS EN LA HABITACION		Mónica Lopez
14-9-21	Hartmann 1500 / 24h			
15-9-21	Hartmann 1500 / 24h		Rep paraclinicos	
			ERC: 17-09-21	

clínica ospedale
manizales por tu bien

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

FECHA REALIZACIÓN NO POS	FECHA INICIO	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	SUSPENDIDO O CAMBIO CON FECHA	CONTEO DOSIS ADMINISTRADAS	RESPONSABLE
		Dipirono + Gj	20mg	W	c/04	10-16 21-04	10/20	

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrias: 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 GÁSTRICA						
TRAQUEOSTOMIA						
TUBO A TÓRAX						
DRENES						
CAVAFIX						
INTRACATH						

La salud es de todos | Minsalud | NDE | Nacimientos y Defunciones | DANE

CERTIFICADO DE DEFUNCION ANTECEDENTE PARA REGISTRO CIVIL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Art.5to.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Número del certificado de Defunción: 727965612

LUGAR DE DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
CALDAS	MANIZALES

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CABECERA MUNICIPAL

Inspección, corregimiento o caserío

TIPO DE DEFUNCIÓN

NO FETAL

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (AAAA-MM-DD) 2021-09-16

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Hora 3 Minutos 45 ☐ Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO FEMENINO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CIFUENTES	SALAZAR	MONICA	LILIANA

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

24338592

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:

NINGUNO DE LOS ANTERIORES

A cuál pueblo indígena pertenece?

PROBABLE MANERA DE MUERTE

NATURAL

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
LOPEZ	LARGO	BRAHYAN	STEVEN

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1054994636

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

MÉDICO

REGISTRO PROFESIONAL

1054994636

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

Departamento	Municipio	Año 2021	Mes SEPTIE	Día 16

Bahyan Lopez

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Impresión Generada del Sistema por Rectificación de Información - Valida Como Antecedente para Registro Civil y Trámite de Licencia de Inhumacion

clínica versalles

HOSPITALIZACIÓN
CONTROL DE OXIGENO

NOMBRE PACIENTE: Monica Liliana Cifuentes Salazar

DOCUMENTO: 24388592

FECHA	LITRAJE	HORA INICIO	HORA FINAL	RESPONSABLE
16-09-2021	MNR 15 Lts	24h00	≥ e	Heidy

RC-723 V1 08/03/2012

clínica ospedale
manizales
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
Cifuentes		Mónica Liliana	24 338 592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
Hosp3		307A

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	13-9 D	13-9 N	14-9 D	14-9 N	15-9 D	15-9 N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Aseo de Cavidad		20	8	20	8	8																						
oral 3 veces alta			14		14																							
Selinizar Acceso		24	12	24	12	12																						
Venoso con Sa de		06	18	6	18	6																						
SSN IV 46L																												
Dipirona + gr		22	10	22	10	10																						
zoop m c/ 6h		04	16	4	16	6																						
+ nebsis																												
Oz																												

FIRMAS																												
	1er TURNO																											
	2do TURNO																											
	3er TURNO	NATALY	Marly	Manuela	Nelly																							

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DÍA, 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

clínica versalles

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Yo, Mayra Liliana Cifuentes Solano identificado (a) con 24338592 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. Certifico 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

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como paciente: SI___ 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: 13-9-25

Firma del Paciente o Representante:

Nombre del Paciente o Representante:

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: Mayra Lopez

Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento:

Servicio: Hosp 3

clínica ospedale manizales

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Monica Liliana alvarez Salazar	CEDULA: 24338592	EDAD: 36	PESO:	CAMA: 307 B
FECHA INGRESO: 13-09-21	GRUPOS SANGUINEO: O+	ENTIDAD: Sanitas	C:	B:
ALERGICO: [redacted] NO:	MEDICAMENTO: Morfina	RIESGO DE CAIDAS: ALTO:	MEDIO:	BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO:		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:		
ESPECIALIDAD: Cx General				
DIETA:				

FECHA	LIQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
		* Hospitalar		
		* cuidados en Heridas Qx		
		* Hielo local		
		* C S U.		
		* cuidados en Acceso Venoso		
		* Avisar Ganchos		
		* Gracias		

clínica ospedale manizales

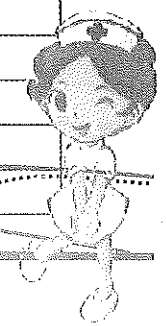
CONTROL DE ANTIBIÓTICOS, SOPORTES NUTRICIONALES Y NO POS (CTC)

FECHA REALIZACION NO POS	FECHA INICIO	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	SUSPENDIDO O CAMBIO CON FECHA	CONTEO DOSIS ADMINISTRADAS	RESPONSABLE

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrias: 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 ospedale
manizales 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
[illegible]	[illegible]	[illegible]	24338592

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
[illegible]	#	

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DÍA, 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 2gr IV	15+20																											
Dexametasona x 4mg 2Amp I.V	15+40																											
Diclofenaco x 75mg 1Amp I.V	15+40																											
Dipirona x 1Gr 2Amp I.V	15+40																											
Hidromorfona x 2mg 400mcg I.V	15+40																											
Sulbamodex x 200mg 100mg I.V	16+50																											

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

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 663 0516 CALI

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DÍA, 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

clínica ospedale manizales por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICAS OSPEDALE

30/A

NOMBRE: monica liliana alvarez salazar. | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24.338.572

UNIDAD FUNCIONAL: QX. | EPS: Sanitas

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		•		
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		•		
Formulas de control		•		
Devoluciones		•		
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 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:		

Folio 25
laura

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

RC-268 V9 07/07/2015

clínica Hospedale
manizales 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.
Cifuentes	Soloza	Monica Liliana	24038592.

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

Anestesias previas: | Talla (cm) | Peso (kg) | Edad D M A: 36.

B: EVALUACIÓN PREANESTÉSICA — ALERGICA Medicamentos. INPJ.

TEM.	F.R.	F.C.	T.A.	HB	HTO.	GLIC.	BIL TOT.	BIL DRT.	PRO TOT.	ALBUM				TYA PROT.	T. COG.	FUMA	BEBE	GRUPO	R. H.
				9.7															

DIAGNÓSTICO: Reflujo G.E.

OPERACIÓN PROPUESTA: Cirugia antireflujo

HISTORIA Y ANTECEDENTES

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

ap. Cx MID. Hsuedaones sin complicaciones. :EAP: Esofagoparesia leve. No recibe tto Sueños anemia ocha Hb 9.7.

ESPECÍFICO: Se explica a los acompañantes situacion de Riesgo quirurgico y anestesico. Se aplaza.

FACILIDAD: | VIA AÉREA | DIENTES | CUELLO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO ATORIO

TIPO	
BLOQUEO	
PERIDUAL	
ESPINAL	
GENERAL	

RESUMEN Y PLAN: ag IDT.

ESTADO PSICOLÓGICO

FIRMA

PREFIERE | ACEPTA | RECHAZA — NECESITA SANGRE 2UCG c.c.

PREMEDICACIÓN: Midazolam

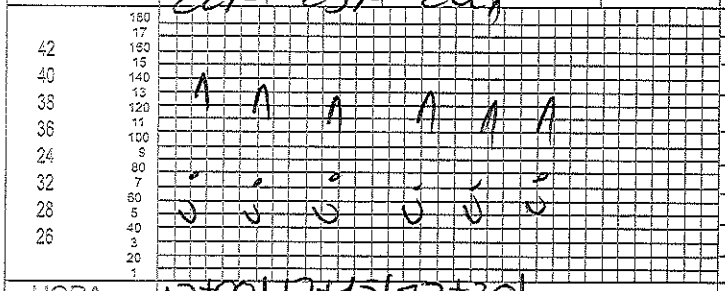
FECHA 13 DÍA 9 MES 2021 AÑO

POST-OPERATORIO SALA DE RECUPERACIÓN

POSICIÓN: DH

RESPIRACIÓN: 94% 96% 98%

FC: 22x 23x 24x



HORA: 17:00 | 17:15 | 17:30

NAUSEAS	VOMITO	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACIÓN	OTRAS
							RECUPERACIÓN
							CONCIENCIA

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

1	COMENTARIOS: Paciente q̄e egresa para el servicio de hospitalización Aldrete 10/10 lacra
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

TOTALES

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

HORA SALIDA Y MOTIVO | FIRMA

EFECTOS PREMEDICACIÓ

OP ☐ B ☐ R ☐ M ☐

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG.PREOPERATORIO: Reflujo gastroesofagico.

DIAG. POST-OPERATORIO:

OPERACIÓN: Cirugía anti reflujo

ANESTESIÓLOGOS: J.E. Sanz | CIRUJANOS J.M. Venegas - Osorio

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO: ____ SÓLIDO: ____ | TECNICA: LOCAL ____ DISOCIIATIVA: ____ | BOLQUEO: ____ EPIDURAL: ____ | GENERAL ESPINAL | CAUDAL: ____ ESPACIO: ____ | OTRA: ____ NIVEL: ____ | AGUJA: ____

POSICIÓN: G

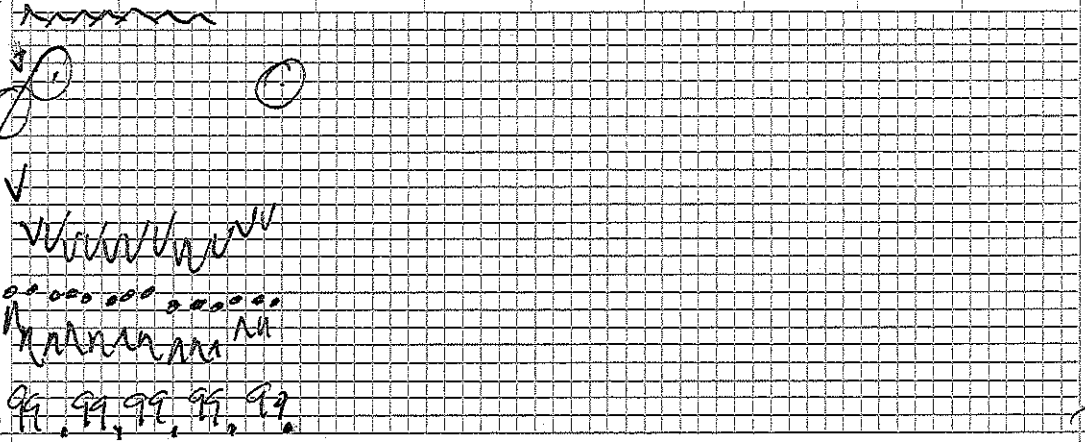
RESPIRACIÓN: E

CCSC ____ C.S.A. ____ C.C.C. ____ A C

230, 22, 210, 20, 190, 18, 170, 16, 150, 14, 130, 12, 110, 10, 90, 8, 70, 6, 50, 4, 30, 2, 10

42, 40, 38, 36, 34, 32, 28, 26, C°

99, 99, 99, 99, 99



I.o T No ____ ▽
I.o T No ____
Ep T. No ____ △
EN.. T. No ____

PULSO ●
RESPIRACIÓN ○
T.A. XX
INDUCCIÓN /
INICIACIÓN Y FINALIZACIÓN ◉
NEONATO MASC. FEM.
PV: C
T
TORNIQUETE ▩
E.C.G. ∧∧∧

1 AL 5 LÍQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 Propofol
7 Rocuronio
8 Dicloferaco
9 Ondanosetrón
10 Hexamedrón
11 Dipiron

AGENTES: O2 ____ Aire ____ Sevo ____ Bomb ____

1		12	
2		13	
3		14	
4		15	
5		16	
HEMORRAGIAS		TOTAL	C.C.
DIURESIS			C.C.

TOTALES

1	2	3	4
5	6 150mg	7 20mg	8 75mg
9 600mg	10 8mg	11 2g	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO: B | ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO: B

OBSERVACIONES

Firma y código

CAF: HOSP FOLDERAMA CIRUGIA VERSA Paquete: 71,453

LAPAROSCOPIA-COLELAP

PACIENTE	
Nombres	Identificación
Maria Gloria Cifuentes Salazar	24838592

Fecha	Procedimiento	Sala
09/08/202	LAPAROSCOPIA-COLELAP	

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

Cod. comercial	Descripción	ENT	DEV	FAC
81511509	AC POLIGLICOLICO 30 AG 3/8 REVERSO CORTANTE (19MM) X 70CM UNI -	1	1	
7920401	ADAPTADOR DE SEGURIDAD LIBRE DE AGUJA UNI -	1		1
87016424	APOSITO ADHESIVO TRANSPARENTE 85CM X 115CM UNI -	1		1
12701090	ATROPINA SULFATO - SOLUCION INYECTABLE 1 MG/ML /1 ML	1	1	
521060	BUPIVACAINA CON EPINEFRINA (SIN PRESERVANTES) - SOLUCION INYECTABLE 0.5 % /10 ML	1		1
7954210	CATETER IV PERIFERICO VIALON DE SEGURIDAD 18G X 1 1/4 PULG (116) UNI -	1		1
16210459	CATETER NELATON 16FR X 40CM UNI -	1	1	
294870	CEFAZOLINA - POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 1 G	2		2
60615164	CLIP PARA LIGADURAS MEDIUM/LARGE CASSETE X 6 CLIP (COMP CON PIZA PL503) UNI -	12	12	
801971	CLORURO DE SODIO - SOLUCION INYECTABLE 0.9 % /100 ML	1		1
80218	CLORURO DE SODIO - SOLUCION INYECTABLE 0.9 % /500 ML	1		1
250039	DEXAMETASONA - SOLUCION INYECTABLE 4 MG /1 ML	2		2
2943157	DICLOFENACO SODICO IMIV - SOLUCION INYECTABLE 75 MG /3 ML	1		1
294216	DIPIRONA SODICA - SOLUCION INYECTABLE 1 G /2 ML	3		
63510559	ELECTRODO MONITOREO ADULTO X UNI -	3		3
8010593	EQUIPO MACROGOTEO 10 GOT/CC SIN AGUJA UNI - 0	2	1	1
251959	ETILEFRINA - SOLUCION INYECTABLE 10 MG/ML /1 ML	1	1	
16210584	EXTENSION ANESTESIA ADULTO UNI -	1		1
932939793	GUANTE CIRUGIA NO 70 DE LATEX CON DE TALCO (LARGOS 280295MM) ESTERIL PAR -	3	2	1
932939794	GUANTE CIRUGIA NO 75 DE LATEX CON DE TALCO (LARGOS 280295MM) ESTERIL PAR -	3	1	2
359210662	GUANTE ESTERIL DE LATEX 65 CON TALCO PAR -	4	2	2
29210736	JERINGA 3P X 10ML CON AGUJA 21G X 1 1/2 PULG (LUEK LOCK) UNI -	3	3	
93211552	JERINGA 3P X 20ML CON AGUJA 21G X 1 1/2 PULG (LUEK LOCK) UNI -	2	2	
335610732	JERINGA 3P X 5ML CON AGUJA 21G X 1 1/2 PULG (LUER LOCK) UNI -	3	3	
521322	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA - SOLUCION INYECTABLE 2 % /10 ML	1		
63210766	LLAVE 3VIAS DE 1 RAMPA 2LL1LS UNI -	2		
2941115	NEOSTIGMINA METILSULFATO - SOLUCION INYECTABLE 0.5 MG /1 ML	5		
13511298	POLIPROPILENO 0 AG 1/2 REDONDA FUERTE (36MM) X 75CM (CIERRE GRAL) UNI -	1	1	
96211400	PRESERVATIVOS X UND -	1	1	
13511201	SEDA TRENZADA 20 SIN AGUJA X 75CM UNI -	1	1	

5183

AUDIFARMA

FOLDERAMA CIRUGIA OSPEDALE

ADICIONALES

NOMBRE DEL PACIENTE	Maria Liliana Cifuentes Salazar		
IDENTIFICACION	24338592		
CODIGO		DEV	FAC
11194	Ethibond ctz		4
	Prolene 0 ctz		1
11509	Dicryl 3/0 sc20		1
	2 tubo #7.0		1
	Sucamadex		1

Juan

Vanessa Pinzon
Leonardo

clínica ospedale manizales por tu bien

CARGO INSUMOS QUIROFANO

NOMBRE: Monica Liliana Cifuentes Salazar.

CEDULA: 24 338.572

ENTIDAD: Sanitas

PROCEDIMIENTO: Antimeflujo

SALA No.: #2

FECHA: 13 09.21

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Vanesa Pinzon

INSTRUMENTADORA: Leonardo

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		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	
LAPIZ DE ELECTROBISTURY	1	OTROS: esmeron	30mg
LIDOCAINA EL 2% SIN	40mg	oxigeno	4 lt
LIDOCAINA EL 2% CON		Remifentanilo 2mg	
LIDOCAINA EL 1% SIN		Clorhexidina espuma 1	
		Clorhexidina solucion 1	
		Placa electro 1.	

clínica Hospedale manizales por tu bien

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

6. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo: _____,

Identificado con documento de identidad: _____ 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: _____ **CC** _____

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL: x Alba Daney Salazar

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

CC x 30316002 x (tia)

NOMBRE DE MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

clínica ospedale manizales por tu bien

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

FECHA 13-IX/2021 ENTIDAD. _____

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Monica Liliana Di Fuente Salazar				D.I: 24338592	
Edad (en años):	Sexo(marque con una x)	Masculino		Femenino	

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

Noel E. Smith

3. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR

Cirugía Anti Reflujo

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 (roncha) 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 GENERAL

1.FECHA 13 Sept ENTIDAD Sanitas

Nombre del paciente:	Hannes Hans Orlando Santos	D.I:	29338372
Edad (en años):	37	Sexo (marque con una x) Masculino	Femenino X

2. NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO AUTORIZADO

Hannes Orlando Chicas

3. NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Cirugia antireflujo gastroesofagica mas Funduplicatura de nissen por laparoscopia

4. DIAGNÓSTICOS

Reflujo Gastroesofagico Hernia Hiatal

5. TRATAMIENTOS

8. ALTERNATIVAS

No

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. Infección. Hemorragia. Fuga	2. Lesión intestinal Lesión vascular
3. Reintervencion Dolor cronico	4. Muerte
5. Muerte	6.

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

1.	2.
3.	4.

8. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo _____
identificado con documento de identidad _____ declaro que he sido informado
(a) acerca del nombre del procedimiento que se va a realizar.

a Se me ha 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 experiencia y el 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 incluyo 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 procedimiento que requiere compromete una actividad medica de medio, pero no es de resultados.
d. La clínica Versalles queda autorizada ordenar la disposición final de los componentes anatómico que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destinos a exámenes anatomopatologicos.
e. He revisado 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 historia clínica, puedan ser revisados con fines de auditoria medica interna y externa, por quien autorice y responsable del pago, y por el personal en formación.
g. Me obligo con la clínica Versalles y el personal medico en lla terapia o tratamiento de mi enfermedad cumplir con las citas medicas, 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)

No doy mi consentimiento: (marque con una x)

FIRMA DEL PACIENTE: _____ CC _____

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL (En caso que no sea posible obtener autorización d el paciente dadas condiciones propias del mismo) X Alba Daney S CC X 30316002 X tia

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO : _____

clínica ospedale

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Yo, X _____ identificado (a) con X _____ 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. Certifico 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

N/A

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como paciente: SI___ 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: 13-9-21

Firma del Paciente o Representante: X Alba Daney Salazar

Nombre del Paciente o Representante: X Alba Daney Salazar

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: CC 09

Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento: Ana Rod.

Servicio: Qx

clínica Hospedale **CONSENTIMIENTO INFORMADO ACOMPAÑANTE**

Dia: 13 Mes: 9 Año: 21 Ciudad: Manizales

Paciente: monica liliana cifuentes salazar. HC N°: 24338592

Tipo de identificación: CC ____ CE ____ TI ____ Otro ____ Numero 24338592

Yo, Alba Danery Salazar R. identificado con CC ____ CE ____ N° 30316002 de Males, actuando en calidad de acompañante del paciente Monica Liliana Cifuentes por medio del presente documento manifiesto que me han suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo, claro y de manera detallada, los riesgo de permanecer en la institución me ha explicado la naturaleza de la enfermedad coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte, mientras permanezca como acompañante del paciente.

Me informan que en caso de que el paciente fallezca con sospecha o confirmación de diagnostico COVID-19, no se me hará entrega de las pertenencias que lleve consigo, y no podre tener ningún contacto físico con este.

Que he podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que voy a estar en riesgo de contagiarme mientras permanezca en la institución. Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para permanecer como acompañante mientras dure el procedimiento quirúrgico y la recuperación de mi acompañado en la CLINICA VERSALLES, atendido el estricto cumplimiento de las normas de seguridad en la entidad.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

Alba Danery Salazar

Firma del Acompañante

CC 30316002 de Males

Luisa Garcia

Firma del Auxiliar de Enfermeria

CC 1003852187 de Males

Clínica Hospedale

LISTA DE CHEQUEO ACCIONES SEGURAS PARA TRASLADO DE PACIENTES A CIRUGÍA

NOMBRE PACIENTE: monica liliana cubillos salazar. FECHA: 13-9-21

PROCEDIMIENTO: Adenectomia

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 ?			✓
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 posquirúgica	✓		
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 alergías,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?I	✓										
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 derecho 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:			
ENFERMERA DE URGENCIAS/HOSPITALIZACION	AUXILIAR DE ADMISIONES	Vanesa Pinzon AUXILIAR DE SALA CIRUGIA	Leonardo INSTRUMENTADOR
CIRUJANO (A)	ANESTESIÓLOGO (A)	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	* Material medico-quirúrgico: compresas, instrumental.

RC- 186 V7 -17 /03 /2015

clínica Ospedale manizales por tu bien

INFORME INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

RC-673 V2 19-09-2012 PAG 1

DATOS DEL PACIENTE		FECHA 13-9-21
Nombres y Apellidos: Monica Liliana Cifuentes Salazar		HC: 24338592
Edad:	Sexo: F ☐ M ☐	Entidad: Sanitas
Anestesiólogo: Dr SOSA		Auxiliar de Enfermería: Vanessa Pinzon
Cirujano: Dr. OSORIO		Ayudante:
Instrumentadora: LEONARDO		Otro:
Procedimiento: Bx mama		Tiempo Quirúrgico. INICIO 15+10 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	10		10	OK		
Instrumental	32		32			
Torundas	—		—			
Cotonoides	—		—			
Gasas	5		5	OK		
Agujas	2		2			
Hojas de bisturí	1		1			

Medicamentos intraquirúrgicos:

Insumos intraquirúrgicos:

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

REGISTRO DE CI... ...RADORES QUÍMICOS RC-673 V2 19/09/2012 PAG 2

RÓTULO PAQ... | RÓTULO EQUIPO INSTRUMENTAL QUIRÚRGUICO

...re:Paquete de la paroscopia
...nido: # 1
...ilizador: 2
...a de Esterilización: 13 9 21
... o Número de carga: 2
...na de vencimiento: 27 9 21
...sponsable de empacado: Paula
...diciones especiales de almacenamiento:

Hemco #2

INTEGRA...

Nombre:Paquete de ...
Contenido:
Esterilizador:
Fecha de Esterilización: 21912
Lote o Número de carga:
Fecha de vencimiento: 21926

Nombre:Paquete de pq
Contenido: General
Esterilizador: 1
Fecha de Esterilización: 11 9 21
Lote o Número de carga:
Fecha de vencimiento: 25 9 21
Responsable de empacado: Carolina
Condiciones especiales de almacenamiento:
21H6...
Nombre del paciente:
Fecha de uso: DD MM AA

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

3M Comply™ 1243 REF SteriGage™ Steam Chemical Integrator

INSTRUM...

3M Comply™ 1243 REF SteriGage™ Steam Chemical Integrator

CLÍNICA VERSALLES S.A.
COMITÉ DE INFECCIONES
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

FAVOR DILIGENCIAR CON LETRA DESPEGADA Y LEGIBLE

FECHA	13-9-21

DATOS DEL PACIENTE - LOCALIZACION

NOMBRE		Nº de IDENTIFICACIÓN	
monica liliana cifuentes salazar		24338592	
EDAD	EPS	UNIDAD FUNCIONAL	CAMA
	sanitas	Qx	

CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QURÚRGICO

Antirreflujo.

ANTIBIOTICO	DOSIS (mg ó gm)	INTERVALO	Nº DE DOSIS (Máximo 24 horas o 3 dosis)
CEFAZOLINA	2gr		DU
GENTAMICINA (Siempre y cuando sea más Clindamicina)			
CLINDAMICINA			
AMPICILINA SULBACTAM			
METRONIDAZOL			
OTRO:			

POR QUÉ UTILIZA OTRO ANTIBIÓTICO?

RECOMENDACIONES INFECTOLOGIA

APROBADO **SI** ☐ **NO** ☐

NOMBRE LEGIBLE Y SELLO MEDICO RESPONSABLE	NOMBRE LEGIBLE Y SELLO ENFERMERO(A) RESPONSABLE	NOMBRE LEGIBLE Y SELLO PERSONAL DE FARMACIA

Hospedale

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE :	monica liliana cifuentes salazar	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	24338592
SERVICIO:	OX	**FECHA DE INGRESO:**	13-9-21

Identifique los riesgos del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X los riesgos identificados y realice las actividades que se describen para cada uno de ellos.

RIESGOS DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

POSIBLES RIESGOS DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE RIESGO		EN CASO DE IDENTIFICAR EL RIESGO SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
Alergias: Indague si el paciente es alérgico a algún medicamento, sustancia o alimento Registre Cual(es)	**°Antecedentes registrados de alergia a medicamentos, sustancias o alimentos** **° Paciente y familia refieren antecedentes personales y/o familiares de alergias**		**1.** Realice la respectiva anotación en Historia Clínica de la alergia identificada **2.**Incluya en la manilla de identificación el circulo que identifica al paciente como alérgico **3.**Incluya en el rótulo de identificación del paciente los datos completos, señale la casilla de alergias. **4.**Recuerde en cada entrega de turno incluir información de las alergias del paciente
2. Riesgo de Caídas: Aplique la escala establecida para identificar el riesgo de caídas	**° Escala de identificación de riesgo de caídas con clasificación de riesgo medio o alto**		**1.** Identifique al paciente según su riesgo en la manilla y tablero de identificación **2.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de prevención de caídas
3. Riesgo de lesiones en piel: Aplique la escala establecida para la identificación de Riesgo de úlceras por presión	**° Sindrome de inmovilidad ó reposo absoluto** **° Incontinencia fecal y/o urinaria** **° Obesidad- Desnutrición o deshidratación** **° Infección/ sepsis** **° Heridas con gran exudado** **° Dispositivos como: sondas, yesos, tracciones, oxígeno**		**1.** Realice todas las acciones definidas en la Guía de cuidados de piel y prevención de UPP de acuerdo a la clasificación del riesgo de úlceras por presión
4. Riesgo de presentar una alteración mental durante el proceso de atención: Solicite al área de psicología la aplicación del tamizaje de salud mental posterior a la indicación de hospitalización.	**° Tamizaje de salud mental reporta riesgo alto de alteración mental** **°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA**		**1.** Determinar clasificación de riesgo, riesgo bajo, riesgo medio o riesgo alto **2.** Determinar por el área de psicología las actividades de intervención o prevención según las necesidades del paciente. **3.** Realizar identificación del paciente con manilla naranja, tablero con riesgo de fuga a los pacientes clasificados como riesgo alto. **4.**Solicitar acompañante permanente a los pacientes clasificados con riesgo alto
5. Riesgo de agresión externa: Identifique si el paciente esenta riesgos de agresión externa por situaciones esentadas referidas por el mismo,la familia o las autoridades	**°Paciente custodiado por la policía o INPEC** **°Antecedente o ingreso por agresión**		**1.** Solicite apoyo de Policía o Inpec según el caso, para asegurar la seguridad del paciente **2.** Informe al personal de Vigilancia la situación para incrementar las medidas de seguridad al ingreso de visitas **3.** Ubique al paciente según disponibilidad de camas en una unidad con menos flujo de usuarios.
6. Riesgo de pérdida o fuga: Identifique de acuerdo a los antecedentes del paciente, factores socioculturales,estado clínico y cognitivo, antecedentes de enfermedad mental o consumo de SPA si presenta riesgo de pérdida o fuga	**°Paciente con antecedentes de enfermedad mental, consumo de SPA** **°Aplique escala para identificación de riesgo de fuga o evasión**		1. Identifique el riesgo del paciente segun escala institucional y realice todas las acciones para la prevención de pérdida o fuga según su clasificación 2. Identifique al paciente con la manilla respectiva para el riesgo de pérdida o fuga 3. realice la respectiva anotación en la historia clínica y socialice la situación con su equipo de trabajo 4. Informe a personal de vigilancia que el paciente tiene riesgo de fuga para que se incrementen las acciones de prevención.
7.Riesgo de infección: Identifique si el paciente por su diagnóstico, condición clínica, dispositivos invasivos, tiene riesgo de presentar infecciones asociadas al cuidado de la salud	**° Edad mayor a 60 años** **° Inmunosupresión** **° Diabetes mellitus** **° Reposo absoluto- Inmovilidad** **° Dispositivos invasivos: Sonda vesical- Ventilación mecánica- BIPAP- Traqueostomía** **° Acceso venoso/ arterial/central o periférico**		1. Realice la respectiva anotación de manera completa en la historia clínica. 2. Realice todas las acciones definidas en la Guía de enfermería de prevención de IAAS

versalles

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU PROCESO DE ATENCIÓN

Identifique las necesidades del usuario durante su ciclo de atención, de acuerdo a su condición clínica, creencias y/o características socioculturales. Marque con una X las necesidades identificadas y realice las actividades que se describen para cada una de ellas.

NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

NECESIDADES DEL DURANTE LA ATENCIÓN	INDICADORES DE LA NECESIDAD		EN CASO DE IDENTIFICAR LA NECESIDAD SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
1. Necesidad de Aislamiento: De acuerdo a condición Clínica y diagnóstico del paciente, identifique si requiere aislamiento hospitalario	**° Diagnóstico o síntomas de enfermedad infectocontagiosa o inmunosupresión**		**1.** Identifique el tipo de aislamiento que requiere el paciente **2.** Ubíquelo en la unidad de aislamiento, disponga y proporcione los elementos requeridos **3.** Identifique la habitación con el tipo de aislamiento requerido por el paciente **4.** Realice la respectiva anotación en la historia clínica del paciente **5.** Eduque a la familia y acompañantes del paciente en las acciones a realizar antes del ingreso y durante la visita. Verifique si se ajustan al protocolo de manera adecuada.
2. Necesidad de intervención nutricional: Identifique si el paciente presenta requerimientos nutricionales especiales y/o adicionales, de acuerdo a su condición clínica	**° Estado de desnutrución o malnutrución** **° Alteraciones para la deglución** **° Incapacidad para la vía oral (paciente en la unidad de cuidado intensivo, ventilación mecánica, gastrostomía, etc)**		**1.** Si identifica requerimientos nutricionales especiales para el paciente, informe al médico tratante para que se solicite valoración por Nutricionista **2.** Eduque a la familia y/o acompañantes del paciente en la importancia de adherirse a los protocolos institucionales y el no ingreso de alimentos
3. Necesidad de vinculación a programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Identifique de acuerdo al grupo etáreo del paciente, qué programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad le aplican. **Cuales?**	**° Verificar de acuerdo al grupo etáreo al que corresponde el paciente, programa de promoción y prevención al cual aplica**		**1.** Diligencie el formato de remisión a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que apliquen para el paciente **2.** Realice la respectiva anotación en historia clínica para que en el momento del egreso el paciente sea remitido a los programas de PyP que le apliquen
4. Necesidad de apoyo emocional: Identifique si el paciente o su familia requieren algún tipo de intervención por psicología	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente a quien se le identifican ideaciones suicidas o sentimientos de frustración y/o desesperanza** **°Paciente con Dx o cuadro clínico que requiera intervención (Ca- VIH- Abuso, otros)**		**1.** Comunique al médico tratante la necesidad de apoyo emocional identificada para que realice la solicitud de valoración y acompañamiento por psicología
5. Necesidad de apoyo espiritual: Identifique si el paciente solicita o requiere apoyo espiritual de acuerdo a sus creencias	**° Paciente expresa necesidad de apoyo** **°Paciente en cuidado paliativo o premortem**		**1.** En caso de que el paciente o su familia requiera o solicite acompañamiento y/o apoyo espiritual, gestione de acuerdo a sus creencias dicha intervención
6. Necesidad de cuidados paliativos: El paciente se encuentra en fase terminal de su enfermedad	**° Paciente con Dx en estado terminal**		**1.** Proporcione todos los cuidados que el paciente requiera de manera humanizada, aplique todas las acciones definidas en el protocolo de manejo al paciente en cuidados paliativos **2.** Brinde toda la información al paciente y su familia sobre su condición clínica
7. Necesidad de interconsultas	**°Paciente requiere de acuerdo a su condición clínica y diagnóstico valoración por diferentes especialidades**		**1.** Informe al médico si el paciente requiere alguna interconsulta o valoración adicional para que se realice la respectiva solicitud
8. Necesidad de educación al usuario y su familia	**°Paciente y familias que no se encuentran enterados de su condición de salud, diagnóstico y o tratamiento**		**1.** Verifique si el usuario y su familia tienen conocimiento de su estado de salud, diagnóstico, tratamiento, y pronóstico **2.** En caso de identificar que el usuario y su familia no tienen clara la información anterior, realice socialización y educación en todo lo relacionado con su proceso de atención **3.** Verifique el paciente y su familia entendieron y comprendieron la información brindada

clínica versalles

INFORMACIÓN BRINDADA AL PACIENTE Y/O FAMILIA AL INGRESO A LA INSTITUCION Y/O SERVICIO

No	ITEM EVALUADO	F	V	NA	OBSERVACIONES
1	Presentarse con nombre y cargo				
2	Se entrega y explica protocolo de enfermería				
3	Se entregan y explican derechos y deberes				
4	Se explica objetivo de la manilla y tablero de identificación				
5	Se da información de uso de timbre de llamado y personal a contactar en caso de requerirlo				
6	Se entregan y explican tarjetas de cuidados				
7	Se diligencia y se solicita al paciente y/o acompañante firma de consentimiento informado para realización de procedimientos de enfermería				
8	Se da educación en rutas de evacuación ante emergencias				
9	Se da educación en adecuada disposición de residuos				
10	Se da información sobre dispositivos y su no manipulación				
11	Se brinda educación sobre la importancia de los adecuados hábitos de higiene				
12	Se brinda educación sobre los horarios de visitas y de alimentación				

MECANISMO PARA LA EDUCACIÓN: F: Folleto- V: Verbal- NA: No aplica

¿EL PACIENTE Y/O FAMILIA CONOCE SU ESTADO DE SALUD?	SI	NO	NA	INFORMACIÓN BRINDADA
Indague al paciente y su familia, ¿conoce su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y/o condición de salud?				

En caso de identificar no conocimiento de la condición de salud por parte del paciente y su familia, solicitar al área médica brindar la información y educación respectiva, de manera efectiva

QUIEN BRINDA LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN	QUIEN RECIBE LA EDUCACIÓN
	X Alba Dzney Salazar

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

EPS Sanitas

MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
CC 24338592

NO. AFILIACIÓN
4387147

AFILIADO

VÁLIDO HASTA
VITALICIO

DISCAPACIDAD
SI

06/2016

EPS Sanitas

www.epssanitas.com

El afiliado registrado en este carné está exento del cobro de cuotas moderadoras o copagos. Este carné debe ser presentado por el titular del mismo al momento de hacer uso de los servicios autorizados en la red de instituciones y profesionales adscritas a EPS Sanitas y para reclamar medicamentos.

Para mayor información comuníquese con la línea de atención Fonosanitas: 3759000 en Bogotá o al 018000919100 para el resto del país.

cadena s.a.

Vigilado Supersalud

clínica versalles

CUESTIONARIO PREANESTÉSICO

Fecha: 23-Junio 2021 **Nombre y apellidos:** Monica Liliana cifuente S **C.C:** 24338592

Edad: 37 **Peso:** 51 **Estatura:** 163

Cirugía que se le va a realizar: _____

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Ha presentado presión Arterial alta?		X	18. ¿En caso de requerirse, acepta ser transfundido con productos sanguíneos?		X
2. ¿Tiene algún problema del corazón (infarto, angina, soplo, palpitaciones, opresión)?		X	19. ¿Es alérgico a algún medicamento? Cual:		X
3. ¿Tiene implantado un marcapasos o desfibrilador?		X	20. ¿Presenta alguna otra alergia como alimentos, yodo, micropore?	X	
4. ¿Sufre de asfixia cuando duerme? ¿Necesita varias almohadas para dormir?		X	21. ¿Tiene prótesis dental?		X
5. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos?		X	22. ¿Ha sido operado antes?	X	
6. ¿Tose habitualmente?		X	23. ¿Le han anestesiado alguna vez y presento algún problema?		X
7. ¿Tiene bronquitis, asma o ronquidos en el pecho?		X	24. ¿Ha recibido transfusiones de sangre alguna vez?	X	
8. ¿Tiene apneas del sueño o presenta ronquidos?		X	25. ¿Tiene actualmente una enfermedad infecciosa: Hepatitis, varicela, SIDA?		X
9. ¿Ha tenido alguna enfermedad de riñón?		X	26. ¿Consume marihuana, cocaina u otra sustancia psicoactiva?		X
10. ¿Ha tenido hepatitis u otra enfermedad del hígado?		X	27. ¿Tiene algún diente flojo?		X
11. ¿Toma bebidas alcohólicas?		X	28. ¿Tiene prótesis dental?		X
12. ¿Tiene azúcar en la sangre o diabetes?		X	29. ¿Usa lentes de contacto?		X
13. ¿Ha tenido un derrame cerebral, convulsiones o pérdida de la conciencia?			30 ¿Usa piersings?		X
14. ¿Sangra fácilmente por encías, nariz o heridas?		X	31. ¿Ha presentado flebitis?		X
15. ¿Ha tenido anemia?	X		32. ¿Ha sufrido trombosis?		X
16. ¿Toma aspirina, clopidrogel, warfarina o algún anticoagulante?		X	33. ¿Toma medicamentos? ¿Cuáles? esomeprazol		
17. ¿Usa alguna insulina? Cual:		X			

¿Presenta alguna inquietud o advertencias que quiera realizar al anestesiólogo sobre su procedimiento? _____

Firma del paciente: Monica Liliana cifuentes Salazar

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1984
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-JUL-2003 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDIFO LOPEZ

P-0900100-35118322-F-0024338592-20031014 01273 03287A 01 138908630

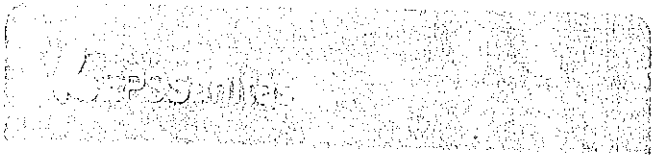
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
24.338.592
MERO

CIFUENTES SALAZAR
APELLIDOS

MONICA LILIANA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA

PSSanitas



MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
CC 24338592

NO. AFILIACIÓN
4307147

AFILIADO

VÁLIDO HASTA
VITALICIO

DISCAPACIDAD
SI

clínica ospedale	**PROTOCOLO DE PROGRAMACION A PACIENTES PARA CIRUGIA** **CLIINICA OSPEDALE - MANIZALES**	FECHA: 08/07/2020

ANEXO 1. LISTA DE CHEQUEO

FECHA: 07/09/2021
NOMBRE: Monica Viviana Cifuentes
IDENTIFICACION: 24335542
EDAD:
EPS:
TELEFONO:
PESO:
TALLA:
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:
PERSONA CON LA QUE SE HABLA:

PREGUNTA	SI	NO	N/A
1. ¿Ha estado en contacto con una persona diagnosticada o con sospecha de coronavirus?		✓	
2. ¿Acepta programar su cirugía con los riesgos que se pueden presentar por la situación actual por covid 19?	✓		
3. ¿Tiene diagnostico de diabetes, tiroides, hipertensión, obesidad , enfermedad cardiovascular, cancer en tratamiento oncologico, VIH - SIDA? De qué enfermedades sufre?		✓	
4. ¿Que medicamentos toma?		✓	
5. ¿Ha presentado algunos de los siguientes sintomas? Tos - malestar genaral- fiebre por mas de 3, dias mayor a 37,5 - dificultad para respirar - secrecion nasal - vomitos - nauseas - diarrea - dolor abdominal - perdida del olfato o gusto. Especifique que sintomas.		✓	
6. ¿Le han realizado cirugias? ¿cuales? extracción de matriz	✓	✓	
7. ¿Esta en embarazo o tiene alguna sospecha?		✓	
8. Se verifica programación de cirugías previas y ordenada en hosvital?	✓		
9. ¿Cuenta con un documento legal el cual lo exonere de cancelar el copago?	✓		
10. ¿Esta vacunado para covid 19 o cuenta con cita agendada para la aplicación de la vacuna?. Indique fecha de la aplicación o fecha de su cita.	✓		

Manizales.
REPORTE DE LECTURA ESTUDIO IMAGENOLOGÍA
MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR
NÚMERO DE AFILIACIÓN: 24338592

Medico remitente.
Tenemos el gusto de enviar a Ud. El estudio practicado a su paciente:
Realizado: 16/09/2021 - 04:10 ID: 55125159
TORAX PORTATIL

Se practicó estudio en proyección AP.

Transparencia pulmonar muestra neumotórax izquierdo,
Área cardiaca conservada, aorta y mediastino desviados a la derecha
Las estructuras óseas y los tejidos blandos visualizados son de aspecto normal.

Atentamente

CESAR AUGUSTO GOMEZ FRANCO
MEDICO RADIOLOGO
Registro medico N°: 95500

En la Clínica Ospedale Manizales S.A. somos amigables con el medio ambiente, por esta razón utilizamos papel ecológico para nuestras impresiones.

Manizales, Caldas
22 de julio de 2022
Señor:
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES -CALDAS
E. S. D.

La ciudad.

REF: TRASLADO DE LA CONTESTACION DE LA DEMANDA Y TRASLADO DE LLAMAMIENTO EN GARANTIA.
PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00081-00
DEMANDANTE : MARIA ASCENETH BUITRAGO DE SALAZAR Y OTROS
DEMANDADO : CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES, EPS SANITAS, BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO

BYRON DAVID TOBON PATIÑO, actuando como apoderado de la **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A**. con Nit. 810.003.245-1, Por este medio y estando dentro del termino legal para hacerlo, me permito remitir soporte de radicación de la contestación de la demanda y el llamamiento en garantía, en oportunidad por el canal dispuesto para ello, aunado a ello se corre traslado de esta a las partes procesales.

Se anexa:

- Contestación y anexos.
- Llamamiento a Chubb Seguros.
- Pantallazo donde se evidencia el traslado previo a la llamada en garantía.
- Pantallazo donde se evidencia el traslado previo de la contestación y anexos a las partes procesales.

RV: TRASLADO DE CONTESTACION DE LA DEMANDA Y TRASLADO DEL LLAMAMIEN...

Responder | Responder a todos | Reenviar | ...

juridica@clinicaospedalemanizal
Para 'notificacioneslegales.co@chubb.com'
CC 'VIVIANA CEBALLOS CHICA'
viernes 22/07/2022 12:30 p.m.

Mensaje enviado con importancia Alta.
Haga clic aquí para descargar imágenes. Para ayudarle a proteger su confidencialidad, Outlook ha impedido la descarga automática de algunas imágenes en este mensaje.

Manizales, Caldas
22 DE JULIO DE 2022
SEÑORES

CHUBB SEGUROS COLOMBIA
NIT:860026518 – 6

REF: LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A
PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00081-00
DEMANDANTE : MARIA ASCENETH BUITRAGO DE SALAZAR Y OTROS
DEMANDADO : CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES, EPS SANITAS, BRAYAN STEVEN LÓPEZ LARGO

BYRON DAVID TOBON PATIÑO , mayor de edad, residente y domiciliado en la ciudad de Manizales (Caldas), abogado en ejercicio, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando como apoderado de la **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A**. con Nit. 810.003.245-1, consta en el poder general a mí debidamente conferido para actuar por su representante legal y que obra en el expediente, procedo a realizar traslado previo de la contestación de la demanda de la referencia, y el llamamiento en garantía de la aseguradora **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A**. NIT:860026518 – 6, Representada Legalmente por el **DR JAIME RODRIGO CAMACHO MELO**, o quien haga sus veces de conformidad al certificado de existencia y representación, el cual acredita que la persona jurídica CHUBB SEGUROS COLOMBIA, SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso

RV: TRASLADO DE CONTESTACION DE LA DEMANDA Y TRASLADO DEL LLAMAMIEN...

Responder | Responder a todos | Reenviar | ...

juridica@clinicaospedalemanizal
Para 'notificacioneslegales.co@chubb.com'
CC 'VIVIANA CEBALLOS CHICA'
viernes 22/07/2022 12:30 p.m.

Mensaje enviado con importancia Alta.
Haga clic aquí para descargar imágenes. Para ayudarle a proteger su confidencialidad, Outlook ha impedido la descarga automática de algunas imágenes en este mensaje.

Anexo:

Demanda y anexos
Contestación de demanda y anexos
Llamamiento en garantía y anexos

Solicito respetuosamente acuse de recibo y radicación ante su oficina

Cordialmente

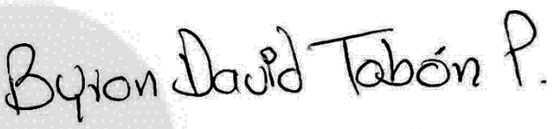
_1CONTESTACIONDEMANDA.pdf
_2LLAMAMIENTOCHUBBSEGURO.pdf
_ANEXOS.pdf
_DEMANDA.pdf

Byron David Tobon Patiño.
Abogado – Líder Jurídico – Rep. Legal (e)

NOTIFICACIONES.

Atenderé notificaciones tanto las personales como las de mi poderdante en el correo electrónico juridica@clinicaospedalemanizales.com y tobondavid31@gmail.com; o en la sede de la **CLINICA OSPEDALE MANIZALES** en Manizales, Caldas en la dirección Calle 51 No 24-50 tercer piso oficina juridica.

Del Señor Juez, respetuosamente;



BYRON DAVID TOBON PATIÑO
C.C. No. 1.053.808.594 de Manizales (Caldas)
T.P. No. 346730 del C.S de la J.
Móvil: 3148223501
Correo E: juridica@clinicaospedalemanizales.com
tobondavid31@gmail.com

Manizales, Caldas
Julio de 2022
Señor:
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES -CALDAS
E. S. D.

La ciudad.

REF: LLAMAMIENTO EN GARANTIA A CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A
PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
RADICADO : 17-001-31-03-002-2022-00081-00
DEMANDANTE : MARIA ASCENETH BUITRAGO DE SALAZAR Y OTROS
DEMANDADO : CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES, EPS SANITAS, BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO

BYRON DAVID TOBON PATIÑO , mayor de edad, residente y domiciliado en la ciudad de Manizales (Caldas), abogado en ejercicio, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando como apoderado de la **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A**. con Nit. 810.003.245-1, consta en el poder general a mi debidamente conferido para actuar por su representante legal y que obra en el expediente, procedo a presentar llamamiento en garantía en contra de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A**. NIT:860026518 – 6, Representada Legalmente por el **DR JAIME RODRIGO CAMACHO MELO**, 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

PRIMERO: Entre **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A**. Representada Legalmente por JAIME RODRIGO CAMACHO MELO o quien haga sus veces, y **CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A** ANTES CLINICA VERSALLES, se celebró un contrato de seguro, de responsabilidad Civil Profesional para clínicas y hospitales que consta en las pólizas:

- **No 40878, Con vigencia del 31/07/2019 al 30/07/2020**
- **No 46343, con videncia del 31/07/2020 al 30/07/2021**
- **Prroga a póliza No 46343 del 31/07/2021 al 14/08/2021**
- **No 51389, con vigencia del 15/08/2021 al 30/07/2022**

SEGUNDO: La cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas, 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 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 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, medico 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 de este. 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.

TERCERO: **CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A** , fue demandada en el proceso citado en la referencia por los presuntos perjuicios ocasionados a los demandantes, por presunta NEGLIGENCIA en la atención brindada a la Sra MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR quien se identificó en vida con la C.C. 24´338.592, que presuntamente le ocasiono la muerte el **16 de septiembre de 2021,** fecha para la cual, se tenia cobertura por la aseguradora **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A**

CUARTO: La atención médica brindada a la paciente MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, sobre el cual se edifican los hechos y las pretensiones de la demanda, ocurrieron dentro del ámbito temporal de la póliza, toda vez que la misma se contrató bajo la modalidad de **CLAIMS MADE** la cual cubre hechos contados a partir del 22 de junio del año 2013, en consecuencia **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A** saldrá a responder patrimonialmente frente a una eventual sentencia condenatoria conforme a las condiciones pactadas en el contrato de seguro contenido en la póliza a la que se hace referencia en el hecho PRIMERO del presente escrito.

QUINTO: En consecuencia **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A** está obligada a responder patrimonialmente frente a una eventual sentencia condenatoria en contra de **CLINICA OSPEDALE ANTES CLINICA VERSALLES**, de reparación de perjuicios conforme a las condiciones pactadas en el contrato de seguro contenido en las pólizas; No 40878, Con vigencia del 31/07/2019 al 30/07/2020; No 46343, con videncia del 31/07/2020 al 30/07/2021; Prorroga a póliza No 46343 del 31/07/2021 al 14/08/2021; póliza No 51389 con vigencia del 15/08/2021 al 30/07/2022, en razón a la modalidad CLAIMS MADE.

SEXTO: Se me ha otorgado poder.

II. PETICIONES

PRIMERA: Formulo llamamiento en garantía a CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A, Representada Legalmente por JAIME RODRIGO CAMACHO MELO, 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, No 40878, Con vigencia del 31/07/2019 al 30/07/2020, No 46343, con videncia del 31/07/2020 al 30/07/2021,Prroga a póliza No 46343 del 31/07/2021 al 14/08/2021,No 51389, con vigencia del 15/08/2021 al 30/07/2022

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 17 de septiembre de 2014, 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 a la asegurado el valor de la asistencia jurídica que haya requerido para hacer frente al proceso

III. FUNDAMENTOS DE DERECHO:

CAPITULO II Litisconsortes y otras partes articulo 60 y siguientes del Código General del proceso. Artículo 64 C.G.P y demás normas concordantes y complementarias

IV. PRUEBAS.

DOCUMENTALES

- Copia del Certificado de Existencia y Representación de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A
- Copia de la póliza No 40878, Con vigencia del 31/07/2019 al 30/07/2020
- Copia de la póliza No 46343, con videncia del 31/07/2020 al 30/07/2021
- Copia de la póliza Prorroga a póliza No 46343 del 31/07/2021 al 14/08/2021
- Copia de la póliza No 51389, con vigencia del 15/08/2021 al 30/07/202
- Aviso de siniestro

INTERROGATORIO DE PARTE:

• Sírvase señor Juez citar y hacer comparecer al señora JAIME RODRIGO CAMACHO MELO, o a quien haga sus veces, en calidad de representante legal de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A o quien haga sus veces, para que bajo gravedad de juramento absuelva interrogatorio de parte, que le formularé personalmente sobre las condiciones del contrato de seguros suscrito entre esta y mi representada, y determinara la cobertura de la póliza para los hechos que

dieron origen a la presente demanda en el caso hipotético de una eventual condena en contra de mi representada.

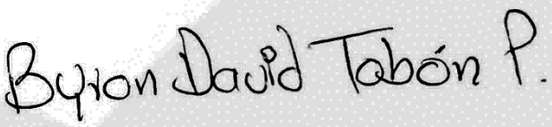
V. NOTIFICACIONES:

- AL LLAMADO EN GARANTIA: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A; podrá ser notificado en la Carrera 7 N° 71-21 torre B piso 7 en la Ciudad de Bogotá. Correo de notificaciones: notificacioneslegales.co@chubb.com;

- EL LLAMANTE EN GARANTIA CLINICA OSPEDALE S.A ANTES CLINICA VERSALLES., recibirá notificaciones al correo electrónico juridica@clinicaospedalemanizales.com

- El suscrito apoderado las recibiré en el correo electrónico tobondavid31@gmail.com, y además podre ser contactada al teléfono 3148223501.

Del Señor Juez, respetuosamente;



BYRON DAVID TOBON PATIÑO
C.C. No. 1.053.808.594 de Manizales (Caldas)
T.P. No. 346730 del C.S de la J.
Móvil: 3148223501
Correo E: juridica@clinicaospedalemanizales.com
tobondavid31@gmail.com

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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.

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: 2022
Fecha de renovación: 15 de marzo de 2022
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cra 7 71 21 To B Piso 7
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: notificacioneslegales.co@chubb.com
Teléfono comercial 1: 3266200
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cra 7 71 21 To B Piso 7
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificacioneslegales.co@chubb.com
Teléfono para notificación 1: 3266200
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

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

Signature Not Verified
Constanza del Pilar Puentes Trujillo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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 ESPECIALES

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.231117 del libro IX, la sociedad cambió el nombre de: "SEGUROS COLINA S.A. Por el de: CIGNA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

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.

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.

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.

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.

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.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

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 (Córdoba), 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 Andrés 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.

Mediante Oficio No. 02693 del 06 de julio de 2021, el Juzgado Cuarenta y Ocho Civil de Circuito, inscrito el 12 de agosto de 2021 con el No. 00191100 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual No. 48-2021-00286 de Yesica Hernández Mora C.C. 1.085.180.175 en nombre propio y en representación de sus hijos menores Jeisson David y Matías Andrés Hernández Hernández; Claudia Fajardo Piza C.C. 52.330.662, Efraín Hernández Hernández C.C. 80.512.876, Anyi Carina Hernández Fajardo C.C. 1.014.251.434, Marian Hasleidy Hernández Fajardo C.C. 1.127.586.044, María Pissa Ibagué C.C. 23.780.367 y Honorio Fajardo Merchán C.C. 1.090.389., Contra: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.,LEASING BANCOLOMBIA S.A., ADISPETROL S.A. Y José Gilberto Bejarano Urrea C.C. 4.150.435.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 8 de octubre de 2069.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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.

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 : $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

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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 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

Por Acta No. 94 del 31 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2021 con el No. 02733175 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Manuel Francisco Obregon Trillos	C.C. No. 000000079151183
Segundo Renglon	Oscar Luis Afanador Garzon	C.C. No. 000000019490945
Tercer Renglon	Xavier Antonio Pazmino Cabrera	P.P. No. 000000908889264
Cuarto Renglon	Fabricio Sevilla Muñoz	P.P. No. 000001707261366
Quinto Renglon	Vivianne Sarniguet Kuzmanic	P.P. No. 000000P08841264

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Ivonne Orozco Vasconsellos	C.C. No. 000000049786217
Segundo Renglon	Gloria Stella Garcia	C.C. No. 000000039782465

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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.

	Moncada	
Tercer Renglon	Roberto Salcedo	P.P. No. 000000488390096
Cuarto Renglon	Pablo Korze Hinojosa	P.P. No. 000000P12531144
Quinto Renglon	Jaime Chaves Lopez	C.C. No. 000000079693817

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 94 del 31 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2021 con el No. 02733176 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	PWC CONTADORES Y AUDITORES SAS	N.I.T. No. 000009009430484

Por 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	Claudia Yamile Ruiz Gerena	C.C. No. 000000052822818 T.P. No. 129913-T

Por Documento Privado del 26 de abril de 2021, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2021 con el No. 02733177 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Soraya Milay Parra Ricaurte	C.C. No. 000001016020333 T.P. No. 207157-T

PODERES

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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.

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 otorgamiento de la presente escritura pública.

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.

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 Carolina Isabel Rodríguez 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.

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 Vélez, 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.

Por Escritura Pública No. 1174 del 19 de mayo de 2022, otorgada en la Notaría 28 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 15 de Junio de 2022, con el No. 00047574 del libro V, la persona jurídica confirió poder especial, amplio y suficiente, a favor de Juan Pablo Saldarriaga Arias, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.017.142.329 (el "Apoderado"), para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para: I. Firmar pólizas de seguros a nombre de la sociedad. II. Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. III. El Apoderado estará facultado para suscribir, actualizar y cancelar las pólizas de seguros, junto con el otorgamiento de las certificaciones derivadas de las mismas IV. Suscribir los documentos necesarios para recoger los actos o contratos, que dentro del objeto social, celebre la sociedad, incluido pero no limitado entre otros a la presentación de ofertas, suscripción y todo lo relacionado con procesos de contratación estatal. V. El apoderado tiene la capacidad para sustituir y reasumir el poder otorgado.

REFORMAS DE ESTATUTOS

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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:

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
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	01368649 del 15 de marzo de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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.

2010 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	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
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

Por Documento Privado del 2 de diciembre de 2008 de Representante

---

Legal, 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.

Por Documento Privado del 11 de febrero de 2016 de Representante Legal, 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

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 las subordinadas: CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S A y ACE SEGUROS SA.
Aclaración De Situación de Control Y Grupo Empresarial
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

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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.

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.

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.

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 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:

Nombre: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A..
Matrícula No.: 03212432

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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.

Fecha de matrícula:	31 de enero de 2020
Último año renovado:	2022
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 72 10 - 51
Municipio:	Bogotá D.C.

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

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

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $ 686.243.531.071
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 28 de marzo de 2017. Fecha de envío de información a Planeación : 15 de junio de 2022. \n \n Señor

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 11 de julio de 2022 Hora: 10:23:49
Recibo No. AB22067588
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2206758891602

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.

---

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.

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.

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 3293376854977474

Generado el 21 de febrero de 2022 a las 11:03:16

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 5100 del 08 de octubre de 1969 de la Notaría 3 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación SEGUROS COLINA S.A.

Escritura Pública No 809 del 11 de marzo de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

Escritura Pública No 1071 del 04 de abril de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocoliza el acuerdo de fusión mediante el cual, CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A. absorbe a LA CONTINENTAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.

Escritura Pública No 3583 del 07 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por ACE SEGUROS S.A.

Resolución S.F.C. No 1173 del 16 de septiembre de 2016 , la Superintendencia Financiera no objeta la fusión por absorción entre Ace Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., protocolizada mediante Escritura Pública No.1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Su domicilio principal será en la ciudad de Bogotá D.C y cambio su razón social por la de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 645 del 12 de marzo de 1970

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente que será Representante Legal de la Compañía y será elegido por la Junta Directiva para períodos de un (1) año, pudiendo ser reelegido indefinidamente o removido en cualquier tiempo. La Junta Directiva nombrará representantes legales adicionales al Presidente, para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente o removidos en cualquier tiempo. Los representantes Legales tomarán posesión ante el Superintendente Financiero. FUNCIONES DEL PRESIDENTE: Corresponde al Presidente las siguientes funciones: a) Representar a la Sociedad y administrar sus bienes y negocios con sujeción a la Ley, a los Estatutos, a las Resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva, con las limitaciones que estos Estatutos le imponen; b) Constituir apoderados judiciales de la Sociedad para tramitación de negocios específicos; c) Constituir apoderados extrajudiciales de la Sociedad ante cualquier autoridad gubernamental o entidad semioficial o particular o ante Notario para la realización de gestiones específicamente determinadas, comprendidas dentro del límite de sus propias atribuciones; d) Celebrar o ejecutar por sí mismo todos los actos y contratos en que la Sociedad haya de ocuparse, pero cuando se trate de adquisición, enajenación o gravamen de bienes raíces, deberá obtener aprobación de la Junta Directiva si su valor excediere de veinticinco millones de pesos (25.000.000.oo) moneda legal; e) Someter a la aprobación de la Junta Directiva, la creación de los cargos de Vicepresidentes y/o Auxiliares Ejecutivos, la creación o supresión de Sucursales y los nombres de las personas

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3293376854977474

Generado el 21 de febrero de 2022 a las 11:03:16

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

designadas para ejercer dichos cargos o para gerenciar las Sucursales; f) Crear los cargos necesarios para el buen funcionamiento de la Sociedad, nombrar a las personas que han de desempeñarlos, señalar sus asignaciones y elaborar los contratos laborales a que hubiere lugar; g) Presentar a la Asamblea General de Accionistas, en su reunión ordinaria anual, un informe escrito sobre la forma en que hubiere llevado a cabo su gestión y las medidas cuya adopción recomiende así como el proyecto de distribución de utilidades, todo lo cual deberá haber sido aprobado por la Junta Directiva; h) Designar Corredores o Agentes de Seguros y celebrar los contratos a que hubiere lugar; i) Autorizar con su firma los balances de la Sociedad, los Títulos de acciones y las copias de las Actas que se expidan, tanto de las reuniones de la Asamblea General de Accionistas como de la Junta Directiva; j) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva; k) Solemnizar las reformas de los Estatutos; l) Llevar a cabo la liquidación de la Sociedad a menos que la Asamblea General de Accionistas designe otro y otros liquidadores; m) Las demás que le asigne o delegue la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva y dar cumplimiento a las órdenes que le impartan dichos organismos. (Escritura Pública 1482 del 21 de octubre de 2016 Notaria 28 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Manuel Francisco Obregón Trillos Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 79151183	Presidente
Olivia Stella Viveros Arcila Fecha de inicio del cargo: 24/09/2015	CC - 29434260	Representante Legal
Maria Del Mar Garcia De Brigard Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 52882565	Representante Legal
Óscar Luis Afanador Garzón Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 19490945	Representante Legal
Gloria Stella García Moncada Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 39782465	Representante Legal
Daniel Guillermo García Escobar Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 16741658	Representante Legal
Lorena Gutiérrez Flores Fecha de inicio del cargo: 07/02/2019	PASAPORTE - G23204652	Representante Legal
María Patricia Arango Vélez Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 43510821	Representante Legal
Carolina Isabel Rodriguez Acevedo Fecha de inicio del cargo: 12/10/2017	CC - 52417444	Representante Legal
Ivonne Orozco Vasconsellos Fecha de inicio del cargo: 04/01/2018	CC - 49786217	Representante Legal

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3293376854977474

Generado el 21 de febrero de 2022 a las 11:03:16

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Luis José Silgado Acosta Fecha de inicio del cargo: 27/02/2020	CC - 79777524	Representante Legal (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020064283-000-000 del día 13 de abril de 2020, la entidad informa que con Acta No. 358 del 27 de marzo de 2020, fue removido del cargo de Representante Legal. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)
Carlos Humberto Carvajal Pabón Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 19354035	Representante Legal

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, multirriesgo industrial, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, salud y vida grupo. Con Resolución 1451 del 30 de agosto de 2011 Revocar la autorización concedida a ACE SEGUROS S.A, para operar los ramos de Seguro de Vidrios, Salud y Colectivo de Vida, decisión confirmada con resolución 0756 del 25 de mayo de 2012.

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) El ramo de Multirriesgo industrial se debe explotar según el ramo al cual corresponda cada amparo. b) El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.B. No 0746 del 13 de mayo de 2005 Ramo de Seguros de Exequias

Resolución S.F.C. No 0159 del 18 de febrero de 2015 , la Superintendencia Financiera autoriza para operar el ramo de seguros de salud

Escritura Pública No 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Como consecuencia de la absorción de Chubb de Colombia asume los ramos de aviación, vidrios, colectivo de vida autorizados mediante Resolución 5148 del 31 de diciembre de 1991 a Chubb de Colombia. Circular Externa 052 del 20/12/2002 El ramo multirriesgo familiar se explotara bajo el ramo de hogar.

VALIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3293376854977474

Generado el 21 de febrero de 2022 a las 11:03:16

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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):

Límite 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

CHUBB®

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/40878	0	3
CLINICA VERSALLES		

☐ 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 COMPAÑÍA

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)000000000(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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 Línea - PSE. En PSE usted podrá realizar el pago (total o parcial /cuotas) de sus pólizas o endosos, debitando el valor de cualquier entidad financiera donde tenga la cuenta corriente o de ahorros.

Ingrese a www.chubb.com/co / Servicios en Línea / Pagos en Línea.

Los pagos con tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Diners y American Express) se realizarán a través de este medio (Servicio de pagos en línea - PSE).

Opción 2: PORTAL BANCOLOMBIA
Pago a través de Portal Bancario BANCOLOMBIA, en el cual usted podrá realizar el pago de sus pólizas o endosos, siempre y cuando el pago lo vaya a realizar de una cuenta corriente o de ahorros de esta entidad financiera.

Ingrese a www.grupobancolombia.com

Opción 1: TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA a:
BANCOLOMBIA Cta. Corriente # 048-026518-07 CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025 DAVIVIENDA Cta. Corriente # 5169-90066
Incluir en el campo "Descripción" **o su equivalente los datos de: Ramo, número de póliza y certificado.**

Opción 2: Consignación en cheque o efectivo en CUENTAS CONVENIO:
BANCOLOMBIA Convenio 7178
CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025
También puede realizar pagos en efectivo (máximo $ 1.000.000) en cualquier punto de la red "Vía Baloto", citando la Cta. Ahorros # 5019884025 de CITIBANK.

En caso de realizar su pago utilizando cualquiera de las alternativas de la Opción 2, incluya en el campo "Detalle" o "Referencia de pago" del comprobante de consignación: **el ramo, número de póliza y certificado**. Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.

Envíe comprobante de consignación a:
pagos.clientes@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

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	22 Aum con mov p	46343	1	**12004634300001**

Sucursal	Vigencia del Seguro	Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Fecha de Emisión	Año	Mes	Día
05 CALI	**Desde**	2021	07	31	00	**Hasta**	2021	08	14	24		2021	08	20

Tomador CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA — **C.C. O NIT** 8100032451
Dirección CLL 51 No 24 50 — **Ciudad** MANIZALES

Asegurado CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA — **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 COMPAÑÍA

Información del Riesgo: **La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.**

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE EL 31 DE JULIO DE 2021 A LAS 00:00 HORAS Y HASTA EL 14 DE AGOSTO DEL 2021 A LAS 24:00 HORAS, EN IGUALDAD DE TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA VIGENCIA QUE TERMINA.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse 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.

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) 6108161Fax:(57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico:defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

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.

La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

Valor Prima	5.967.123,00	$COP
Gastos Exped.	0,00	$COP
I.V.A.	1.133.753,00	$COP
Total a Pagar	**7.100.876,00**	**$COP**

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirentes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica(aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

CLIENTE — TOMADOR — Chubb Seguros Colombia S.A.

CHUBB

Referencia de Pago
12004634300001

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

Tomador CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

- ☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
- ☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807
- ☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter
- ☐ Davivienda Cta Cte 516990066

Forma de Pago		
Efectivo		$
Cheque	Cod Bco	$
Cheque	Cod Bco	$
Total a pagar		$

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

415770999800062980201200463430000139000000000000096000000000

(415)7709998000629(8020)12004634300001(3900)0000000000(96)000000000

ENTIDAD BANCARIA

DCRODR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

CHUBB

Referencia de Pago Electrónico
12004634300001

Fecha Límite de pago: 19 de Septiembre de 2021

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Nit 860.026.518-6

Tomador CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA

- ☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
- ☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter
- ☐ 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
12004634300001

Fecha Límite de pago: 19 de Septiembre de 2021

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Nit 860.026.518-6

Tomador CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA

- ☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
- ☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter
- ☐ 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

0275120046343000010100876006

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	1

Asegurado
CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA

Productor
MULTIBROKER

Nro. Cuota	Vencimiento	Importe
01	19/09/2021	$ 7.100.876,00

Premio Total en Moneda:	$	7.100.876,00
Factor de Cambio:		1,0000

CHUBB®

Para tu facilidad y conveniencia tienes las siguientes alternativas para descargar tu factura electrónica

Es muy sencillo...

OPCIÓN 1 — A través de nuestro portal **www.chubb.com.co**

1. Ingresa a www.chubb.com.co y selecciona **Servicios en Línea**
2. Ingresa a **Facturación electrónica**
3. Digita el **No. de referencia de la póliza** (lo encuentras en la carátula de la póliza) y **el NIT del Tomador** (sin puntos y con dígito de verificación)
4. Descarga el **PDF de la factura** y el archivo **XML**

OPCIÓN 2 — A través de nuestra plataforma **iChubb**

Ingresando al enlace donde hoy descargas la póliza, también encontrarás la factura electrónica.

OPCIÓN 3 — A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.

1. Recibes 2 correos del dominio **FacturaCTSColombia@cen.biz**
   - El **primero** con el Usuario creado en el CEN Financiero
   - El **segundo** con las instrucciones para crear la contraseña de acceso
2. Ingresa a **https://cenf.cen.biz/site/** y digita tu usuario y contraseña
3. Y en la opción del Menú, **"Trazabilidad - Comprobantes Recibidos"**, encuentras los detalles de la factura electrónica.

Para más información comunícate con tu Director Comercial.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. 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.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Chubb. Insured.℠

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	51389	0	**12005138900000**

Sucursal	Vigencia del Seguro									Fecha de Emisión		
		Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Año	Mes	Día
05 CALI	**Desde**	2021	08	15	00	**Hasta**	2022	07	30	24	2021	08	22

Tomador CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA — **C.C. O NIT** 8100032451
Dirección CLL 51 No 24 50 — **Ciudad** MANIZALES

Asegurado CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA — **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
42497 MBA RIESGOS Y CIA. LTDA
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. 0046343

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN COMUNICACION DEL BROKER SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse 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.

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) 6108161Fax:(57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico:defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

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.

La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

Valor Prima	201.369.863,00	$COP
Gastos Exped.	0,00	$COP
I.V.A.	38.260.274,00	$COP
Total a Pagar	**239.630.137,00**	**$COP**

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirentes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica(aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

CLIENTE — TOMADOR — Chubb Seguros Colombia S.A.

CHUBB

Referencia de Pago
12005138900000

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Tomador CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA

☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025		☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807	
☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter		☐ Davivienda Cta Cte 516990066	

Forma de Pago		
Efectivo		$
Cheque	Cod Bco	$
Cheque	Cod Bco	$
Total a pagar		$

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

415770999800062980201200513890000039000000000000096000000000

(415)7709998000629(8020)12005138900000(3900)0000000000(96)000000000

JUGUTII

ENTIDAD BANCARIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

CHUBB

Referencia de Pago Electrónico
12005138900000

Fecha Límite de pago: 21 de Septiembre de 2021

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Nit 860.026.518-6

Tomador CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA

- ☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
- ☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter
- ☐ 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
12005138900000

Fecha Límite de pago: 21 de Septiembre de 2021

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Nit 860.026.518-6

Tomador CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA

- ☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
- ☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter
- ☐ 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

0275120051389000000130137000

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	51.389	0

Asegurado
CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA

Productor
MULTIBROKER

Nro. Cuota	Vencimiento	Importe
01	21/09/2021	$ 239630137.00

Premio Total en Moneda:	$	239630137.00
Factor de Cambio:		1,0000

CHUBB®

PÓLIZA No. 12/51389	ANEXO No. 00000	PAG. No. 1
CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A.		

Tomador:	**CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A. NIT 8100032451**
Asegurado:	**CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A. NIT 8100032451**
Vigencia:	Desde 15 de Agosto de 2021 a las 00:00 horas hasta 30 de julio de 2022 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Condiciones Económicas

Con coberturas **unicamente de Daños (perjuicios) al 100% (no se otorga gastos de defensa)**:

Limite Asegurado	Deducible	Prima Antes de IVA
Cop$2.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual	10% mínimo COP $40.000.000 por todo y cada reclamo	Prima Anual: COP$ 210.000.000 Prima por el periodo: COP$201.369.863

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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;
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 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG041

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Participación CHUBB: 100%

Términos de Pago de Prima: 120 días con pagos mensuales contados desde fecha de emisión

Broker SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPAÑÍA GILBERTO ROBLEDO QUINTERO MBA Y CIA LTDA

Nota 1:

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.

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
14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I
14/09/2020-1305-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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

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**

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 cconformidad 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®

Facturación electrónica

Chubb implementa la facturación electrónica y queremos que estés enterado de esta noticia.

Información a tener en cuenta

A partir del 1ero de Octubre de 2020, la póliza dejará de ser fa ctura, por lo cual recibirás un documento adicional den ominado factura. Para identificar a qué póliza cor responde, encontrarás un código numérico de referencia com puesto por ramo | póliza | endoso.

Tu factura será enviada a l correo electrónico que t ienes r egistrado en Chubb. En cualquier caso, si no recibes la fa ctura, podrás solicitarla en el siguiente buzón:
em isionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Pa ra cada póliza nueva o r enov ación recibirás una factura. Pa ra cada endoso a una póliza vigente, r ecibirás una n ota débito para cobro de prima o una nota crédito para dev olución de prima.

Cu alquier inquietud r elacionada con la facturación que r ecibas, será atendida a través de nuestro correo electrónico:

emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Direc ción: 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.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Chubb. Insured.℠

CHUBB®

Facturación electrónica

Apreciados Clientes, les presentamos el diseño de representación gráfica de nuestra factura electrónica.

Identifícala y aprende a interpretar su contenido

Diseño factura electrónica Chubb

CHUBB

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860026518-6
Dirección Carrera 7 71 - 21 Piso 7 Torre B - Edificio Bolsa Valores de Colombia, Bogotá D.C., Colombia
Teléfono 57 1 326 62 00
Correo Electrónico Emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Factura Electrónica De Venta POL4
Referencia 21-0063630-00000 - Sucursal Bogotá
Página 1 de 1

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre	NIT	Teléfono	Contacto
XXXXX X XXXXXXXX XXX	000000000-	1	XXXXX X XXXXXXX XXX
Dirección	**Ciudad**	**Correo Electrónico**	
XXX 000000	Bogotá D.C., Colombia	xxxxxxxxx@xxxxxx.xxx	

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
01.10.2020 14:00:00	01.11.2020	01.10.2020 14:26:20-05:00	Crédito	Instrumento no definido

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	U / M	UNITARIO	%DCTO	VALOR DCTO	IMPUESTO %	IMPUESTO VALOR	TOTAL
1	21-0063630-00000	POLIZA DE SEGUROS	1	IP	27,15			IVA 19	5,15	32,31

Tasa de Cambio: 3865.47 COP
Total Linea Detalles: 1

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

SUBTOTAL	27,15
IVA 19,00%	5,15
TOTAL OPERACIÓN USD	32,31
TOTAL A PAGAR CLIENTE USD	32,31

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764003907964 con vigencia del 2020-09-08 al 2022-03-08, Numeración habilitada del POL1 al POL12000000
REGIMEN COMUN
Grandes Contribuyentes res 000076 01 de Dic 2016
agentes de retencion en el Impto sobre las ventas
Responsable IVA en Regimen Comun-actividad economica 6511
Autorretenedores por Comisiones y Rendimientos Financieros
Par 2 Art 05 Decreto 1797 del 2008 Res 1460 de Mar-18-1997
CUFE : baaf870f2bbf98ed5e7ad812b8c02ff320efc6618737e04737f9197308315f58d225db8ed4d663164a35cc14cd4c0bb
Proveedor Tecnologico: Carvajal Tecnologia y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

Numero de la Factura (ND / NC) validado por la DIAN

Llave que corresponde a la identificación **Ramo | Póliza | Endoso** y Sucursal de emisión

Datos del Tomador
Información clave para remitir la factura (ND / NC) **Nos apoyamos en nuestros aliados para la consecución y garantizar el envío electrónico**

Fechas relevante de validación DIAN y generación factura

El código corresponde a datos vinculantes con la póliza **(Ramo|Póliza|Endoso)**
Tasa de cambio cuando la factura es generada en monedadiferente a COP$

Encuentra el total de lo facturado los impuestos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Defensor del Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. 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.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Chubb. Insured.℠

Manizales, Caldas
24 de marzo del 2022
Señores: Seguros & Asesorías.

REFERENCIA: AVISO DE SINIESTRO

Asunto: CITACION AUDIENCIA DE CONCILIACION
REF: CONCILIACIÓN EN RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

Convocantes: MARIA ASCENETH BUITRAGO DE SALAZAR, RUBEN DARIO CIFUENTES ARCILA, GERMAN DARIO CIFUENTES SALAZAR, NATALIA CIFUENTES SALAZAR, AMPARO SALAZAR BUITRAGO, MARTHA CECILIA SALAZAR DE ALZATE, NELSON SALAZAR BUITRAGO, GLORIA ELCY SALAZAR BUITRAGO, CONSUELO SALAZAR DE CIFUENTES, GABRIELA SALAZAR BUITRAGO, ALBA DANERY SALAZAR BUITRAGO, JESUS MARIA CIFUENTES ARCILA, JOSE NICOLAS CIFUENTES ARCILA, CARLOS ALBEIRO CIFUENTES ARCILA, AMALIA CIFUENTES ARCILA, CESAR AUGUSTO CIFUENTES ARCILA y MARIA AMPARO CIFUENTES ARCILA

CONVOCADOS: I) LA E.P.S. SANITAS identificada con el NIT. No. 8002514406, en cabeza de su representante legal o quien haga sus veces, II) LA CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES, empresa identificada con el NIT 8100032451, en cabeza de su representante legal o quien haga sus veces y III) BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO, persona mayor de edad, vecina de Manizales, identificado con la C.C. No. 1054994636

BYRON DAVID TOBON PATIÑO identificado con la Cedula de Ciudadanía número 1.053.808.594 de Manizales Caldas, quien actúa como representante legal (s) de la Clinica Ospedale Manizales S.A., inscrita en la Cámara de Comercio de Manizales el día 23 de febrero del 2.000, bajo la matricula mercantil número 84553, con NIT 810.003.245 – 1, con domicilio EN LA CARRERA 51 #24 – 50, barrio Versalles en Manizales, Caldas, conforme al Certificado de Existencia y Representación Legal; por medio del presente escrito, me permito dar aviso del siniestro de acuerdo al Contrato de Seguro, Póliza de Responsabilidad Civil, toda vez que se nos informa sobre diligencia de conciliación la cual se ha señalado como fecha y hora para la realización de la misma el día MIERCOLES 30 DE MARZO DEL AÑO 2022 A LAS 11.00 A.M.

La documentación, es remitida en virtud del contrato de seguros suscrito entre las partes CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. y CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A, en donde se amparó la responsabilidad civil profesional médica, en que incurra el asegurado derivado de su actividad como Institución Prestadora de Servicios IPS, según consta en la PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

Como consecuencia de lo anterior anexo traslado de la citación a conciliación e informo que no se ha realizado petición o reclamo alguno directamente a la clínica Ospedale Manizales S.A quedando pendiente la diligencia de conciliación y posteriormente la demanda.

Atentamente,

Byron David Tobón P.

Byron David Tobon Patiño
Abogado TP 346.730 C.S de la J.
Rep. Legal (s)
Clínica Ospedale Manizales S.A

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales
En Apoyo a los Juzgados Laborales del Circuito de Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Jueves 29 de Septiembre del 2022
HORA: 4:14:49 pm

Se ha registrado en el sistema, la carga de 2 archivos suscritos a nombre de; GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, con el radicado; 202200081, correo electrónico registrado; notificaciones@gha.com.co, dirigidos 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
Anexos.pdf
ContestacionEquidadSeguros.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20220929161451-RJC-15461

Señores
JUZGADO SEGUNDO (02) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES – CALDAS -
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DE RESPONSABILIDAD
DEMANDANTES: MARÍA ASCENETH BUITRAGO DE SALAZAR Y OTROS
DEMANDADOS: EPS SANITAS S.A.S. Y OTROS
RADICACIÓN: 170013103002-**2022-00081**-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de Representante Legal de **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S**., persona jurídica, legalmente constituida, identificada con Nit. 900.701.533-7, firma que actúa como apoderada general de la Compañía **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, identificada con Nit. 830.008.686-1, sociedad cooperativa de seguros, de conformidad con la Escritura Pública No. 2779 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 02 de diciembre de 2021, inscrita bajo el registro No 2100580240 del libro XIII. Mediante el presente comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** de Responsabilidad promovida por los señores María Asceneth Buitrago de Salazar, Rubén Darío Cifuentes Arcila, German Darío Cifuentes Salazar, Natalia Cifuentes Salazar, Amparo Salazar Buitrago, Martha Cecilia Salazar De Alzate, Nelson Salazar Buitrago, Gloria Elcy Salazar Buitrago, Consuelo Salazar De Cifuentes, Gabriela Salazar Buitrago, Alba Danery Salazar Buitrago, Jesús María Cifuentes Arcila, José Nicolas Cifuentes Arcila, Carlos Albeiro Cifuentes Arcila, Amalia Cifuentes Arcila, César Augusto Cifuentes Arcila y María Amparo Cifuentes Arcila en contra de Brahyan Steven López Largo, la Clínica Ospedale Manizales y la EPS Sanitas S.A.S.; y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** que esta última entidad formuló a mí representada, oponiéndome a la prosperidad de ambas, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, teniendo en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, así como conforme a las pruebas que lleguen a practicarse, se nieguen todas las pretensiones de los demandantes, igualmente las de la citada parte pasiva convocante, con fundamento en lo que se expone en el presente escrito:

CAPÍTULO I.
CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

"1. RELACIONADOS CON LAS PARTES"

Frente al hecho "1.1": No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho.

Frente al hecho "1.2": No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho.

Frente al hecho "1.3": No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer

sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho.

Frente al hecho "1.4": No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho, más aún, cuando no obra prueba idónea alguna dentro del plenario que permita identificar la situación indicada por la parte actora.

Frente al hecho "1.5": No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho, más aún, cuando no obra prueba idónea alguna dentro del plenario que permita identificar la situación indicada por la parte actora.

Frente al hecho "1.6": No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho, más aún, cuando no obra prueba idónea alguna dentro del plenario que permita identificar la situación indicada por la parte actora.

Frente al hecho "1.7": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la manifestación que realiza el apoderado judicial de la parte actora respecto a situaciones y sentimientos que trascienden a la esfera netamente personal de algunos de los sujetos que componen la parte demandante dentro del presente proceso, y frente a lo cual, mí representada, la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no tiene conocimiento ni injerencia alguna sobre los mismas.
No obstante, es menester señalar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

"2. RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR POR PARTE DE LA CLÍNICA OSPEDALE"

Frente al hecho "2.1": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

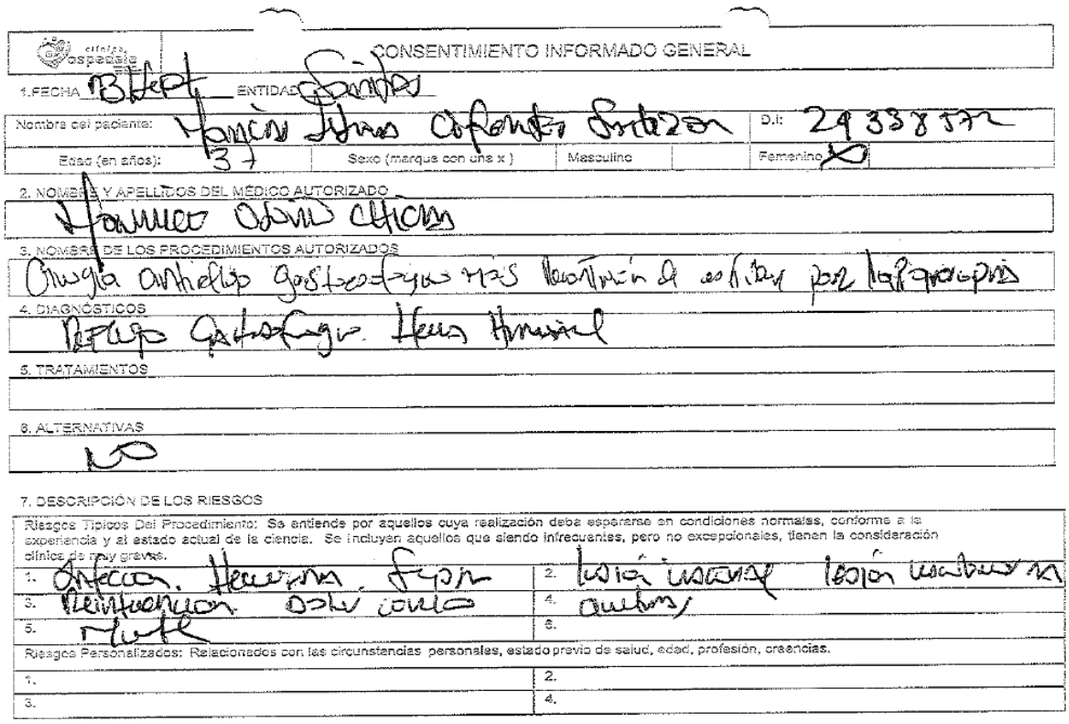
Frente al hecho "2.2": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

No obstante, es necesario indicar que, según la historia clínica de la señora Cifuentes Salazar que obra dentro del expediente, se puede determinar que la cirugía a la que se alusión en este hecho se le realizó de forma programada.

Frente al hecho "2.3": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la

atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

No obstante, es necesario indicar que, según la historia clínica de la señora Cifuentes Salazar que obra dentro del expediente, se puede observar consentimiento informado realizado por auxiliar de enfermería, acompañada por el Doctor Mauricio Osorio Chica:


CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

1.FECHA 13 Sept ENTIDAD Sanitas

Nombre del paciente: Mónica Liliana Cifuentes Salazar D.I: 29338572

Edad (en años): 37 Sexo (marque con una x) Masculino Femenino X

2. NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO AUTORIZADO
Mauricio Osorio Chica

3. NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS
Cirugía antireflujo gastroesofagico más [illegible] por laparoscopia

4. DIAGNÓSTICOS
Reflujo Gastroesofagico. Hernia Hiatal

5. TRATAMIENTOS

6. ALTERNATIVAS
NO

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.

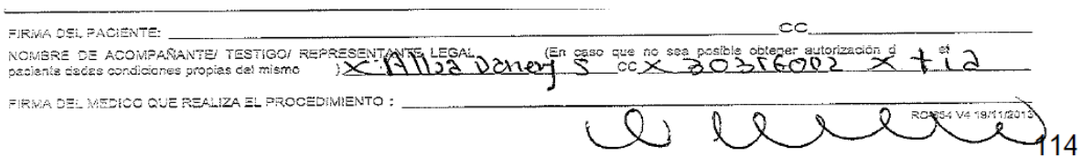
1. Infección. Hemorragia. Fístula	2. Lesión [illegible] lesión [illegible]
3. Reintervención. Dolor [illegible]	4. [illegible]
5. [illegible]	6.

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

1.	2.
3.	4.

Frente al hecho "2.4": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda el consentimiento informado fue firmado por Alba Danery Salazar Buitrago, identificada con cédula No.30.316.002, quien se identificó como tía de la paciente, tal como se evidencia en la siguiente imagen:


FIRMA DEL PACIENTE: _____ CC _____

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL (En caso que no sea posible obtener autorización de el paciente dadas condiciones propias del mismo) X Alba Danery S CC X 30316002 X tía

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO : _____

RC854 V4 19/11/2013

114

Frente al hecho "2.5": No es propiamente un hecho. Se trata únicamente de la manifestación que realiza el apoderado judicial de la parte actora respecto a criterios supuestamente médicos frente a los cuales no soporta con material probatorio idóneo alguno y, además, tampoco demuestra relación alguna entre lo indicado y la situación de la señora Mónica Liliana Cifuentes.

En todo caso, se reitera que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora. Más aún, cuando de la historia clínica que obra dentro del expediente se observa que el actuar por parte del

personal médico que atendió la situación en salud de la señora Mónica Liliana Cifuentes siempre estuvo acorde con la lex artis. Al respecto se puede observar:

clínica ospedale manizales por tu bien

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes.	CEDULA: 24338592	EDAD: 37	PESO:	CAMA: 307A
FECHA INGRESO: 13-09-21	GRUPOS SANGUINEO: Ot	ENTIDAD: Sanitas.	C:	B:
ALERGICO (SI:) NO:	MEDICAMENTO: Micropore	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO:	MEDIO: BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO: POP cirugía antireflujo gastroesofágico + Reconstrucción de esfinter x Laparoscopia del 13-09-21		DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		
ESPECIALIDAD: Cx General				
DIETA: Líquidos no avanzar				

FECHA	LÍQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PENDIENTES DE ENFERMERÍA	RESPONSABLE
13-09-21	Hartman 1500 y 24h	CONTROL DE SIGNOS VITALES PREVENIR CAIDAS: BARANDAS ARRIBA ,LLAMADO DE ENFERMERIA CERCA, CUIDADOS CON ACCESO VENOSO: EVALUAR SI PRESENTA ERITEMA, DOLOR , CALOR LOCAL, CUIDADOS ACCESO VENOSO, POSICION SEMIFOWLER ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDA ANTIESCARAS , MEDIDAS ANTINEUMONIA, ENJUEGUE BUCAL C/8H Y CEPILLADO DE DIENTES CUIDADOS CON PIEL , CONTROL DE DOLOR PROMOVER DEAMBULACION ,ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDAS ANTIEMBOLICAS , ENJUEGUES CON CLORHEXIDINA UTILIZACION ESTRICTA DE LOS 10 CORRECTOS, EVALUAR PATRON RESPIRATORIO , SATURACION DE OXIGENO, VERIFICAR IDENTIFICACION DEL PACIENTE, VERIFICAR MANILLA BIEN DILIGENCIADA Y COMPLETA , TENER TAPABOCAS EN LA HABITACION		Mónica López
14-9-21	Hartman 1500 / 24h			[signature]
15-9-2	Hartman 1500 / 24			[signature]
			Rep. pomacinos	
			ERC: 17-09-21	

RC-387 V2 05/05/2011

(…)

7. MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

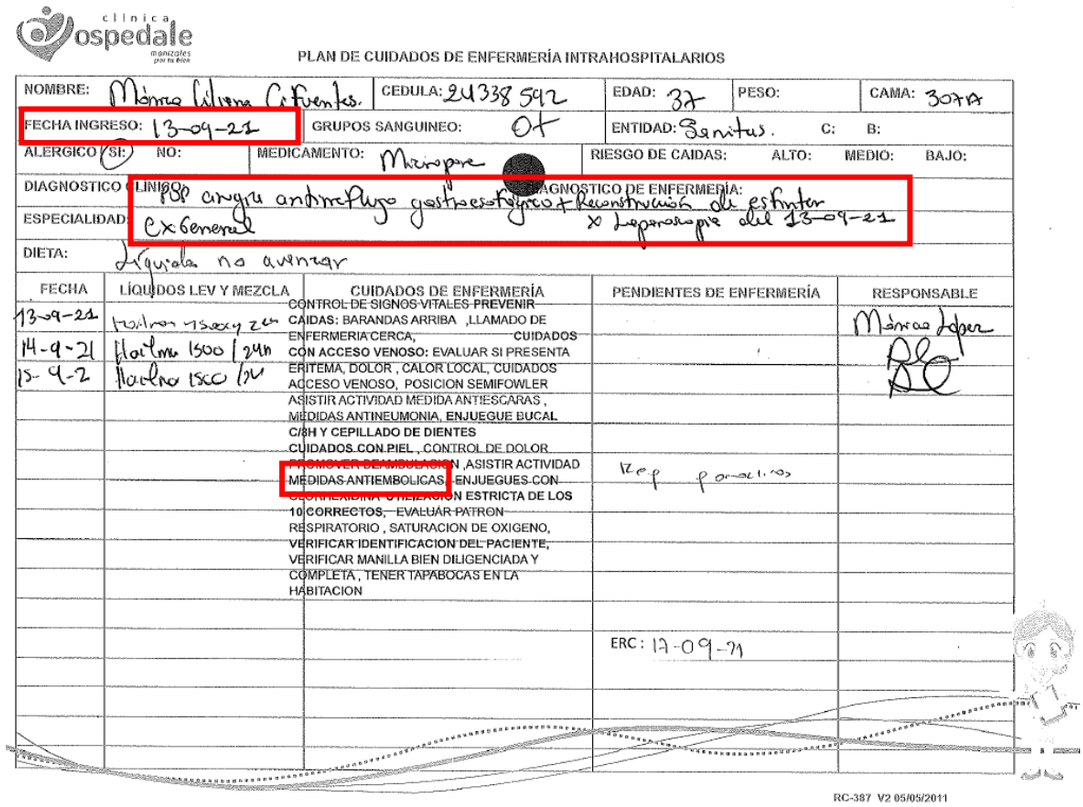
Cantidad	Descripción
3,00 AMPOLLAS	OMEPRAZOL POLVO LIOFILIZADO PARA RECONS. A SOL. INY. 40 MG

Pabellon Evolución: 6 CIRUGIA AMBULATORIA

3,00 BOLSA	LACTATO DE HARTMAN (RINGER) SOLUCION INYECTABLE /500 ML
4,00 AMPOLLAS	TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 50 MG/1 ML
6,00 AMPOLLAS	DIPIRONA SODICA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2 ML
4,00 AMPOLLAS	METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 10 MG/2 ML
1,00 UNIDAD	HIDROMORFONA CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 2 MG/ML/1 ML
1,00 AMPOLLAS	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO SOLUCION INYECTABLE 20 MG/ML/1 ML
1,00 AMPOLLAS	ENOXAPARINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4 ML

Frente al hecho "2.6": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado, conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, debe estar plenamente probado por la parte actora. Además, es necesario indicar que, lo manifestado por los demandantes en este hecho carece de justificación fáctica y prueba idónea que permita entrar si quiera a analizar lo indicado por éstos.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda se evidencia que, el equipo de enfermería registró dentro de los cuidados postoperatorios las medidas antiembólicas, tal como se evidencia a continuación:



clínica Ospedale manizales por tu bien

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS

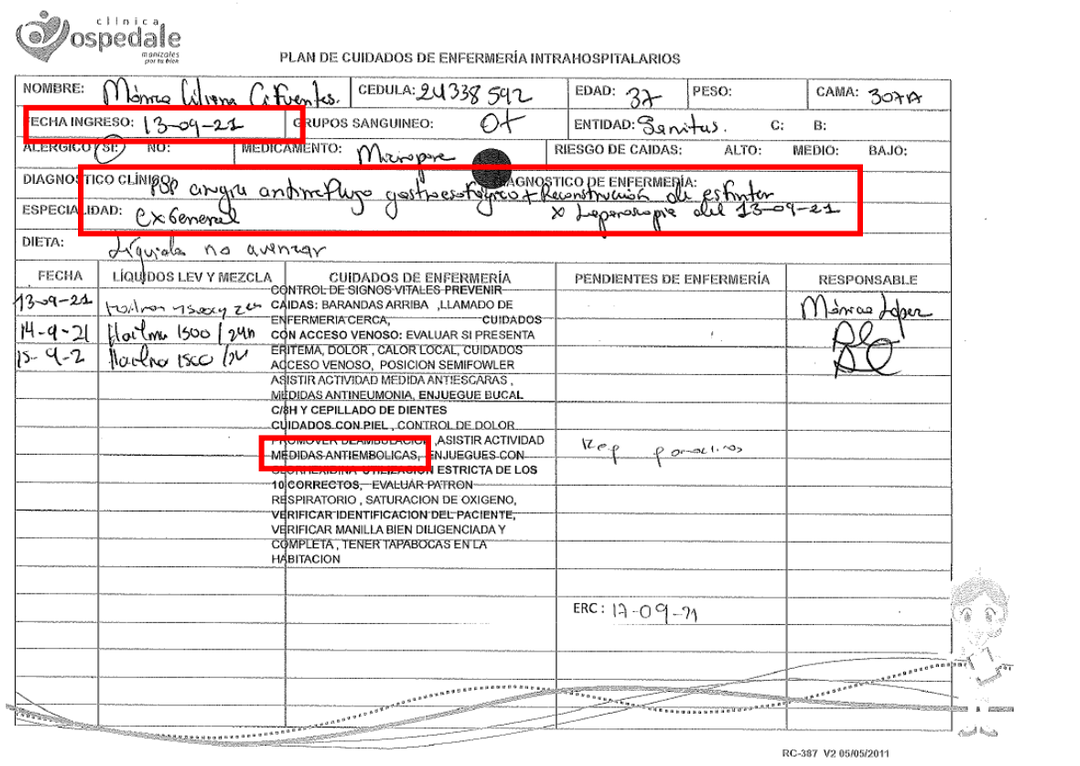
NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes.	CEDULA: 24338 592	EDAD: 37	PESO:	CAMA: 307A
FECHA INGRESO: 13-09-21	GRUPOS SANGUINEO: O+	ENTIDAD: Sanitas.	C:	B:
ALERGICO (SI) NO:	MEDICAMENTO: Meropx	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO:	MEDIO:	BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO: PSP cirugia antireflujo gastroesofagico + Reconstruccion del esfinter x Laparoscopia del 13-09-21	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:			
ESPECIALIDAD: Cx General				
DIETA: Liquida no avanzar				

FECHA	LÍQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PENDIENTES DE ENFERMERÍA	RESPONSABLE
13-09-21	Hartmann 125cc/hr zen	CONTROL DE SIGNOS VITALES PREVENIR CAIDAS: BARANDAS ARRIBA ,LLAMADO DE ENFERMERIA CERCA; CUIDADOS CON ACCESO VENOSO: EVALUAR SI PRESENTA ERITEMA, DOLOR , CALOR LOCAL, CUIDADOS ACCESO VENOSO, POSICION SEMIFOWLER ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDA ANTIESCARAS , MEDIDAS ANTINEUMONIA, ENJUEGUE BUCAL C/3H Y CEPILLADO DE DIENTES CUIDADOS CON PIEL , CONTROL DE DOLOR PROMOVER DEAMBULACION ,ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDAS ANTIEMBOLICAS , ENJUEGUES CON CLORHEXIDINA 0.12%EVACUACION ESTRICTA DE LOS 10 CORRECTOS, EVALUAR PATRON RESPIRATORIO , SATURACION DE OXIGENO, VERIFICAR IDENTIFICACION DEL PACIENTE, VERIFICAR MANILLA BIEN DILIGENCIADA Y COMPLETA , TENER TAPABOCAS EN LA HABITACION	Rep paracetamol	Mónica López
14-9-21	Hartmann 1500 / 24h			
15-9-21	Hartmann 1500 / 24h		ERC: 17-09-21	

RC-387 V2 05/05/2011

Frente al hecho "2.7": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado, conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, debe estar plenamente probado por la parte actora. Además, es necesario indicar que, lo manifestado por los demandantes en este hecho carece de justificación fáctica y prueba idónea que permita entrar si quiera a analizar lo indicado por éstos.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda se evidencia que, el equipo de enfermería registró dentro de los cuidados postoperatorios lo siguiente:



clínica Ospedale manizales por tu bien

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes. | CEDULA: 24338 592 | EDAD: 37 | PESO: | CAMA: 307A
FECHA INGRESO: 13-09-21 | GRUPOS SANGUINEO: O+ | ENTIDAD: Sanitas. | C: | B:
ALERGICO (SI) NO: | MEDICAMENTO: Meropx | RIESGO DE CAIDAS: | ALTO: | MEDIO: | BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO: PSP cirugia antireflujo gastroesofagico + Reconstruccion del esfinter x Laparoscopia del 13-09-21 | DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:
ESPECIALIDAD: Cx General
DIETA: Liquida no avanzar

FECHA	LÍQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PENDIENTES DE ENFERMERÍA	RESPONSABLE
13-09-21	Hartmann 125cc/hr zen	CONTROL DE SIGNOS VITALES PREVENIR CAIDAS: BARANDAS ARRIBA ,LLAMADO DE ENFERMERIA CERCA; CUIDADOS CON ACCESO VENOSO: EVALUAR SI PRESENTA ERITEMA, DOLOR , CALOR LOCAL, CUIDADOS ACCESO VENOSO, POSICION SEMIFOWLER ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDA ANTIESCARAS , MEDIDAS ANTINEUMONIA, ENJUEGUE BUCAL C/3H Y CEPILLADO DE DIENTES CUIDADOS CON PIEL , CONTROL DE DOLOR PROMOVER DEAMBULACION ,ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDAS ANTIEMBOLICAS , ENJUEGUES CON CLORHEXIDINA 0.12%EVACUACION ESTRICTA DE LOS 10 CORRECTOS, EVALUAR PATRON RESPIRATORIO , SATURACION DE OXIGENO, VERIFICAR IDENTIFICACION DEL PACIENTE, VERIFICAR MANILLA BIEN DILIGENCIADA Y COMPLETA , TENER TAPABOCAS EN LA HABITACION	Rep paracetamol	Mónica López
14-9-21	Hartmann 1500 / 24h			
15-9-21	Hartmann 1500 / 24h		ERC: 17-09-21	

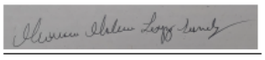
RC-387 V2 05/05/2011

(…)

MEDIDAS ANTI EMBOLICAS- ANTINEUMONICAS- ANTIESCARAS
ENJUAGUES ORALES CON CLOREXIDINA Y ASEO COMPLETO DE CAVIDAD ORAL
CUIDADOS CON HERIDAS QUIRURGICAS
HIELO LOCAL
VERIFICAR SIGNOS DE SANGRADO O HEMATOMA
VIGILAR ESTADO HEMODINAMICO
VIGILAR SIGNOS DE BAJO GASTO
VIGILAR PATRON RESPIRATORIO
DIETA LIQUIDA NO AVANZAR
AVISAR CAMBIOS

PENDIENTE

SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL
Nota realizada por: MONICA MILENA LOPEZ SANCHEZ Fecha: 13/09/21 18:37:13



MONICA MILENA LOPEZ SANCHEZ
Reg. 34778
ENFERMERIA

De conformidad con lo anterior, resulta entonces que NO es cierto lo manifestado por la parte actora en este hecho, pues en la historia clínica se evidencia que sí fueron suministrados los respectivos medicamentos con fines anti embólicos.

Frente al hecho "2.8": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado, conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, debe estar plenamente probado por la parte actora. Además, es necesario indicar que, lo manifestado por los demandantes en este hecho carece de justificación fáctica y prueba idónea que permita entrar si quiera a analizar lo indicado por éstos.

Frente al hecho "2.9": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado, conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, debe estar plenamente probado por la parte actora. Además, es necesario indicar que, lo manifestado por los demandantes en este hecho carece de justificación fáctica y prueba idónea que permita entrar si quiera a analizar lo indicado por éstos, pues se basa únicamente en el simple dicho de la señora Alba Danery Salazar, sin que demuestre veracidad de ello.

Frente al hecho "2.10": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado, conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, debe estar plenamente probado por la parte actora. Más aún, cuando de la historia clínica que obra dentro del expediente se puede evidenciar que nunca se omitió medida alguna que pusiera en riesgo la vida de la paciente, como por ejemplo, el haberle suministrado medicamentos anti embólicos conforme lo ameritaba la condición.

Frente al hecho "2.11": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado, conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "2.12": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado, conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, debe estar plenamente probado por la parte actora. Más aún, cuando pretenden del solo dicho atribuir supuesta negligencia por parte del personal de salud que atendió a la paciente, pero realmente no obra prueba idónea alguna que permita demostrar lo manifestado por los demandantes en este hecho.

Frente al hecho "2.13": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado, conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "2.14": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la interpretación subjetiva-que realiza la parte actora respecto a un aparte citado de la historia clínica. Además, debe indicarse que, dicha historia clínica debe ser analizada de manera objetiva y en conjunto, no fraccionada y editada.

Ahora bien, dicha interpretación no resulta un fundamento fáctico ni prueba idónea alguna que permita entrar a analizar conductas de los sujetos que componen la parte pasiva dentro del presente proceso. Por lo que, es necesario reiterar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de lo aquí indicado por la parte actora, debe estar plenamente probado por ésta.

Frente al hecho "2.15": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la interpretación -subjetiva- que realiza la parte actora respecto a un aparte citado de la historia clínica. Además, debe indicarse que, dicha historia clínica debe ser analizada de manera objetiva y en conjunto, no fraccionada y editada.

Ahora bien, dicha interpretación no resulta un fundamento fáctico ni prueba idónea alguna que permita entrar a analizar conductas de los sujetos que componen la parte pasiva dentro del presente proceso. Por lo que, es necesario reiterar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de lo aquí indicado por la parte actora, debe estar plenamente probado por ésta.

Frente al hecho "2.16": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la interpretación -subjetiva- que realiza la parte actora respecto a la situación en salud que presentaba la paciente al momento de los hechos, sin embargo, no sustenta ni acredita a través de criterios médico-científicos válidos las afirmaciones infundadas e incoherentes aludidas.

Se reitera que, dicha interpretación no resulta un fundamento fáctico ni prueba idónea alguna que permita entrar a analizar conductas de los sujetos que componen la parte pasiva dentro del presente proceso. Por lo que, se insiste en que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de lo aquí indicado por la parte actora, debe estar plenamente probado por ésta.

Frente al hecho "2.17": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado conforme

lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "2.18": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de una interpretación que realiza el apoderado judicial de la parte actora la cual carece completamente de fundamentos fácticos y prueba(s) idónea(s) que permitan sustentar las afirmaciones infundadas aludidas por éste en el libelo demandatorio.

En todo caso, es prudente indicar que, mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "2.19": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "2.20": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de una afirmación que realiza la parte actora respecto a una guía emitida por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo y, frente a la cual tampoco se observa relación alguna entre ello y la situación médica sufrida por la señora Mónica Liliana Cifuentes.

En todo caso, es prudente indicar que, mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "2.21": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de una afirmación que realiza la parte actora respecto la Resolución 5261 de 1994, frente a lo cual, mi representada no tiene relación ni injerencia alguna.

No obstante, es menester señalar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "2.22": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "2.23": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "2.24": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

"3. HECHOS POSTERIORES A LOS HECHOS GENERADORES DE DAÑO"

Frente al hecho "3.1": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la manifestación que realiza el apoderado judicial de la parte actora respecto a situaciones y sentimientos que trascienden a la esfera netamente personal de la señora María Asceneth Buitrago de Salazar y frente a la cual, mí representada, la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no tiene conocimiento ni injerencia alguna sobre las mismas.

No obstante, es menester señalar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "3.2": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la manifestación que realiza el apoderado judicial de la parte actora respecto a situaciones y sentimientos que trascienden a la esfera netamente personal de los sujetos que ponen la parte demandante dentro del presente proceso, y frente a la cual, mí representada, la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no tiene conocimiento ni injerencia alguna sobre las mismas.

No obstante, es menester señalar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

Frente al hecho "3.3": No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho.

Frente al hecho "3.4": No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la manifestación que realiza la parte actora respecto a haber agotado el requisito de procedibilidad para incoar la presente demanda. Documento que obra dentro del expediente.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Frente a la pretensión "PRIMERA": No me opongo. Lo anterior, considerando lo manifestado por la EPS Sanitas en el escrito de contestación a la demanda frente a esta pretensión, donde indica que, es cierto que la señora Mónica Liliana Cifuentes estuvo vinculada a dicha EPS desde el día 1 de junio de 2018 hasta el 16 de septiembre de 2021.

Frente a la pretensión "SEGUNDA": No me opongo. Lo anterior considerando lo manifestado por la EPS Sanitas en el escrito de contestación a la demanda frente a esta pretensión, donde indica que, no se opone en cuanto *"[l]a prestación de los servicios de salud de los afiliados y beneficiarios de EPS Sanitas se brinda a través de Clínica Ospedale Manizales S.A., en la forma y términos estrictamente acordados entre las partes en virtud de los contratos que se suscriben para tal efecto"*.

Frente a la pretensión "TERCERA": No me opongo. Se trata de una pretensión encaminada a establecer un vínculo contractual entre la Clínica Ospedale Manizales y el médico Brahyan Steven López, lo cual, resulta completamente ajeno a lo que asegurado -EPS Sanitas- y mí representada puedan conocer al respecto.

Frente a la pretensión "CUARTA": Me opongo. Como ha quedado evidenciado en los argumentos esgrimidos a lo largo de esta contestación, así como en el acervo probatorio y la situación fáctica presentada, no está llamada a prosperar esta pretensión de declarar

contractual -en el caso de EPS Sanitas-, extracontractual -en el caso de la Clínica Ospedale y el médico Brahyan Steven López, civil y solidariamente responsables a los sujetos que conforman la parte pasiva dentro del presente proceso, por los presuntos perjuicios ocasionados a los demandantes con ocasión a la atención médica donde lamentablemente falleció la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Lo anterior, toda vez que, en este caso no se estructuran y/o configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos, y en esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad de lo pretendido.

Frente a la pretensión "QUINTA": Me opongo a lo pretendido por la parte actora en cuanto a que se le reconozca y paguen las siguientes sumas de dinero por concepto de daño moral: 1. María Asceneth Buitrago De Salazar: $81.300.000; 2. Rubén Darío Cifuentes Arcila: $81.300.000; 3. German Darío Cifuentes Salazar: $50.000.000; 4. Natalia Cifuentes Salazar: $50.000.000; 5. Amparo Salazar Buitrago: $35.000.000; 6. Martha Cecilia Salazar De Alzate: $35.000.000; 7. Nelson Salazar Buitrago: $35.000.000; 8. Gloria Elcy Salazar Buitrago: $35.000.000; 9. Consuelo Salazar De Cifuentes: $35.000.000; 10. Gabriela Salazar Buitrago: $35.000.000; 11. Alba Danery Salazar Buitrago: $35.000.000; 12. Jesús María Cifuentes Arcila: $35.000.000; 13. José Nicolas Cifuentes Arcila: $35.000.000; 14. Carlos Albeiro Cifuentes Arcila: $35.000.000; 15. Amalia Cifuentes Arcila: $35.000.000; 16. César Augusto Cifuentes Arcila: $35.000.000; y, 17. María Amparo Cifuentes Arcila: $35.000.000.

Lo anterior toda vez que: a) la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dicha suma de dinero; y, b) en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, a lo cual, conforme a la estructuración de esta pretensión, resulta carente en todo sentido, pues, del acervo probatorio y la situación fáctica presentada en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretenden imputar los demandantes a la parte pasiva dentro del presente proceso. En igual sentido, resulta necesario indicar que, el perjuicio moral, según lo ha reiterado suficientemente la Corte Suprema de Justicia, no se presume respecto de las personas que están en el tercer grado de consanguinidad, por lo que, frente a éstos es deber de la parte actora demostrar su causación. Adicionalmente, tenemos igualmente que, para este caso en particular, los valores solicitados como indemnización por concepto de perjuicios morales, exceden los valores tasados y adjudicados por la misma Corporación en distintos pronunciamientos para casos de muerte, ya que, el máximo reconocido ha sido de hasta $60.000.000[1], valor que dista del solicitado.

Frente a la pretensión "SEXTA": Me opongo, toda vez que, al no tener ninguno de los demandados obligación indemnizatoria alguna derivada de los hechos descritos en la demanda, consecuentemente, tampoco tienen obligación alguna en relación con la indexación que requiere la parte actora en esta pretensión. Lo anterior, ante la evidente ausencia de los requisitos que acreditan la existencia de una responsabilidad civil, de conformidad con el acervo probatorio, la situación fáctica y los argumentos ya esgrimidos a lo largo del presente escrito.

Frente a la pretensión "SÉPTIMA": Me opongo. Por el contrario, solicito de manera respetuosa al Despacho que condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN EFECTÚA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI PROCURADA

[1] Corte Suprema de Justicia, Sentencias SC15996-2016 y SC9193-2017.

Solicito al Juzgador de instancia tener como excepciones contra la demanda todas las planteadas por la EPS Sanitas, las cuales coadyuvo en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD Y DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EPS SANITAS S.A.S.

Esta excepción se fundamenta en que, en lo que respecta a la **EPS Sanitas S.A.S**., no hay ningún elemento para considerar probada ninguna actuación reprochable en contra de aquella. Luego, que fácilmente se desprende de los argumentos de la parte accionante en el acápite de hechos, que lo que se está censurando es una supuesta responsabilidad por los actos médicos realizados por el personal de salud adscrito a la IPS Clínica Ospedale Manizales, respecto de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar la cual lamentablemente falleció. Escenario entonces que, en nada tuvo injerencia o participación la EPS demandada, por lo que, incluso, en el remoto escenario de que se acreditara que a los demandantes les asiste razón frente al fundamento fáctico y a la supuesta falla médica que depreca, la responsabilidad que se derive no puede atribuirse a la EPS Sanitas. Máxime, si se tiene en cuenta que, en la relación de hechos del libelo introductor, en ningún momento la parte accionante hace alusión alguna a la EPS, únicamente se refiere al supuesto actuar no adecuado por parte del personal médico adscrito a la IPS Clínica Ospedale Manizales y al médico Brahyan Steven López.

Se recuerda que la naturaleza de las actuaciones de la EPS Sanitas S.A.S., son meramente administrativas y no tienen relación con la actuación médica *per se.* En este punto, se advierte al Juzgado que la Ley 100 de 1993 y sus respectivos reglamentos, establecen que la función primordial de las Entidades Promotoras de Salud es la administración del servicio público de salud y garantizar a sus afiliados el acceso al servicio. En efecto, el Artículo 156 ibidem señala:

> *"[E]l Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:*
>
> *(…) e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno;*
>
> *(…) i) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de tipo comunitario y Solidario; (…)"*

En concordancia con lo anterior, el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Decreto 780 de 2016) en su artículo 2.5.2.1.1.2 estableció como responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud el ejercicio de las siguientes funciones:

> *"(…) a). Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los*

recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;

b). Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;

c). Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;

d). Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;

e). Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;

f). Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza (…)"

De conformidad con lo anterior es claro que, el listado de funciones que arriba se identifican corresponden a las actuaciones conocidas como de aseguramiento de sus afiliados. Actividad que, como es apenas lógico, difiere de la prestación de los servicios médicos a los que las IPS's, en este caso la Clínica Ospedale Manizales, se dedica. Es claro entonces que, en el presente proceso no es viable atribuir ningún tipo de responsabilidad a EPS Sanitas, como quiera que se encuentra plenamente probado en el expediente que aquella cumplió cabalmente con los lineamientos para la prestación oportuna de sus servicios, directamente o a través de su red de IPS's, de manera diligente, eficaz y perita. Puesto que, ciertamente, el servicio médico le estaba siendo garantizado y proporcionado a la paciente, señora Mónica Liliana Cifuentes, sumado a que, se insiste, no se hizo por la parte actora ninguna censura frente a la actuación que frente a su afiliada habría efectuado la EPS.

3. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE LA DEMANDADA EPS SANITAS S.A.S. Y LA IPS CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A. Y EL MÉDICO BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO

Tal como afirmó la EPS Sanitas en el escrito de su contestación, ésta no se obligó de manera solidaria con los médicos y demás profesionales de la salud adscritos a la IPS Clínica Ospedale Manizales, ni tampoco hay norma legal o convención que indique que entre aquellas se brinda una atención o un servicio que genere eventualmente una obligación de naturaleza solidaria. Por lo que, hipotéticamente, en el evento en el que el Despacho concluyera procedente declarar la existencia de responsabilidad en contra de la IPS Clínica Ospedale Manizales y/o del médico Brahyan Steven López, serán solamente éstos los que estarán llamados a indemnizar a los demandantes.

El artículo 1568 del código civil colombiano establece:

> *"DEFINICIÓN DE OBLIGACIONES SOLIDARIAS. En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito.*
>
> *Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum.*
>
> ***La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley**."* Resaltado fuera del texto

Teniendo en cuenta lo anterior al analizar el caso concreto, resulta claro que ni en una convención, ni en un testamento, ni en la ley, se estableció la solidaridad civil respecto de la EPS Sanitas y la IPS Clínica Ospedale -o alguno de sus funcionarios-. Por lo tanto, NO es posible predicar tal solidaridad entre los sujetos que componen la parte pasiva.

De esta manera, esta excepción se propone y se funda para efectos de explicar que la parte actora de manera inadecuada solicita en el acápite de pretensiones se condene de manera solidaria a la EPS Sanitas, a la IPS Clínica Ospedale Manizales y al médico Brahyan Steven López. Al respecto, debe aclararse que, la Clínica Ospedale Manizales prestó el servicio de salud a la paciente a través de profesionales de la salud adscritos a dicha IPS entre los que se encontraba el médico Brahyan Steven López y, los cuales son completamente ajenos a la EPS Sanitas, quienes actuaron con completa autonomía técnica, científica y administrativa. Se insiste en que la EPS Sanitas no presta directamente el servicio de salud *per se,* sino que a ello se dedica la IPS y de tal suerte, no le resulta atribuible el análisis de responsabilidad que en este caso depreca la parte accionante.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

4. EN TODO CASO, LA CONDUCTA DESPLEGADA POR LA CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A., EL MÉDICO BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO Y LOS DEMÁS FUNCIONARIOS DE SALUD QUE INTERVINIERON Y ATENDIERON LA SITUACIÓN MÉDICA DE LA SEÑORA MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR, FUE DILIGENTE, IDÓNEA Y OPORTUNA

De conformidad con el acervo probatorio que obra dentro del proceso, es posible determinar que no se cuenta con medio de prueba alguno que sustente, soporte y/o acredite el supuesto actuar inadecuado por parte del personal de salud adscrito a la Clínica Ospedale. Lo anterior, pues la parte actora únicamente se limita a afirmar que no hubo un adecuado diagnóstico y tratamiento de la situación en salud que presentaba la señora Mónica Liliana Cifuentes al ser atendida en dicha institución. Sin embargo, no existe prueba alguna que permita imputar y adjudicar responsabilidad a ninguno de los funcionarios de salud de la Clínica Ospedale, y por consiguiente, tampoco a la Clínica misma. Por el contrario, de la historia clínica se evidencia un actuar totalmente diligente, lo que enerva cualquier tipo de responsabilidad que pretenda endilgarse al extremo pasivo.

En dicho sentido, basta con observar la documentación que reposa dentro del expediente, especialmente la historia clínica de la Clínica Ospedale, para concluir que el actuar por parte del personal de salud adscrito a ésta y que atendió a la señora Mónica Liliana Cifuentes en su condición de salud fue totalmente diligente, cuidadosa, prudente, idónea y oportuna.

Recordemos que, en principio, la responsabilidad civil médica se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, es decir, deben concurrir todos los elementos materiales para el éxito de las pretensiones. Sin embargo, por su especialidad, se encuentra

sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, la posición adoptada ha sido que este tipo de responsabilidad solo se configura si se halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento. Así entonces, recordando que la obligación que asume un médico al tratar a un paciente es meramente de medios y no de resultados, solo puede configurarse una conducta reprochable a aquel si se prueba que no hizo uso de los medios que se encontraban a su alcance y/o que debía emplear para tratar al paciente:

> *"En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa."*[2]

De conformidad con lo anterior y frente al caso que nos atañe, tenemos entonces que el acervo probatorio que obra dentro del proceso permite determinar el diligente actuar por parte de los funcionarios de salud de la Clínica Ospedale, incluyendo obviamente el actuar del médico Brahyan Steven López. Por lo que, desde el punto de vista probatorio y haciendo énfasis en la renombrada historia clínica de la misma institución, que implica ser un documento evidentemente idóneo para evaluar la responsabilidad de la actividad profesional del personal médico que intervino en la situación de salud de la señora Mónica Liliana Cifuentes, en donde se puede demostrar si los mismos fueron o no negligentes. En suma, el acto médico es negligente cuando rompe normas comunes a diferentes niveles, o sea hay descuido u omisión, que ponderada la conducta de un médico frente a la de otro de similares conocimiento, experiencia y preparación académica, se llega a la conclusión que actuó lejos de los parámetros mínimos de cuidado, de modo que ella es fiel reflejo desde que se abre hasta que se analiza su contenido científico[3].

Nótese que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda se evidencia que el equipo de enfermería registró dentro de los cuidados postoperatorios las medidas anti embólicas, tal como se evidencia a continuación:

[2] Radicado No. 5507, sentencia del 30 de enero de 2001, M.P. José Fernando Ramírez Gómez, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia.
[3] Fernando Guzmán; Cirujano cardiovascular, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia; Miembro de la ACC; Magistrado, Tribunal Nacional de Ética Médica.

clínica ospedale
manizales por tu bien

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes.	CEDULA: 24338 592	EDAD: 37	PESO:	CAMA: 307A
FECHA INGRESO: 13-09-21	GRUPOS SANGUINEO: Ot	ENTIDAD: Sanitas.	C:	B:
ALERGICO (SI): NO:	MEDICAMENTO: Micropore	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO:	MEDIO: BAJO:

DIAGNOSTICO CLINICO: POP cirugía antireflujo gastroesofágico + Reconstrucción de esfínter x Laparoscopia del 13-09-21

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

ESPECIALIDAD: Cx General

DIETA: Líquida no avanzar

FECHA	LÍQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PENDIENTES DE ENFERMERÍA	RESPONSABLE
13-09-21	Hartmann 1500 y 24h	CONTROL DE SIGNOS VITALES PREVENIR CAIDAS: BARANDAS ARRIBA ,LLAMADO DE ENFERMERIA CERCA, CUIDADOS CON ACCESO VENOSO: EVALUAR SI PRESENTA ERITEMA, DOLOR , CALOR LOCAL, CUIDADOS ACCESO VENOSO, POSICION SEMIFOWLER ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDA ANTIESCARAS , MEDIDAS ANTINEUMONIA, ENJUEGUE BUCAL C/8H Y CEPILLADO DE DIENTES CUIDADOS CON PIEL , CONTROL DE DOLOR PROMOVER DEAMBULACION ,ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDAS ANTIEMBOLICAS , ENJUEGUES CON CLOREXIDINA O HIZACION ESTRICTA DE LOS 10 CORRECTOS, EVALUAR PATRON RESPIRATORIO , SATURACION DE OXIGENO, VERIFICAR IDENTIFICACION DEL PACIENTE, VERIFICAR MANILLA BIEN DILIGENCIADA Y COMPLETA , TENER TAPABOCAS EN LA HABITACION		Mónica López
14-9-21	Hartmann 1500 / 24h			
15-9-2	Hartmann 1500 / 24			
			Rep. pomacinos	
			ERC: 17-09-21	

RC-387 V2 05/05/2011

(…)

MEDIDAS ANTI EMBOLICAS- ANTINEUMONICAS- ANTIESCARAS
ENJUAGUES ORALES CON CLOREXIDINA + ASEO COMPLETO DE CAVIDAD ORAL
CUIDADOS CON HERIDAS QUIRURGICAS
HIELO LOCAL
VERIFICAR SIGNOS DE SANGRADO O HEMATOMA
VIGILAR ESTADO HEMODINAMICO
VIGILAR SIGNOS DE BAJO GASTO
VIGILAR PATRON RESPIRATORIO
DIETA LIQUIDA NO AVANZAR
AVISAR CAMBIOS

PENDIENTE

SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL
Nota realizada por: MONICA MILENA LOPEZ SANCHEZ Fecha: 13/09/21 18:37:13

MONICA MILENA LOPEZ SANCHEZ
Reg. 34778
ENFERMERIA

De las anteriores anotaciones de la historia clínica se deduce el actuar diligente, idóneo y oportuno de los funcionaros de salud adscritos a la Clínica Ospedale, en tanto se evidencia que a la paciente SÍ se le suministraron medidas anti embólicas conforme a la situación médica padecida en ese momento, desvirtuando completamente la atribución de responsabilidad que pretenden los demandantes adjudicarle a la parte pasiva dentro del presente asunto.
De esta manera, es corroborable que, el tratamiento, diagnóstico y procedimiento realizado a la señora Mónica Liliana Cifuentes se realizó de manera adecuada por parte del personal médico de la Clínica, quedando claro además que, el lamentable fallecimiento de la paciente correspondió a una circunstancia completamente ajena al acto médico en sí, pues los riesgos a sufrir complicaciones cuando se procede a realizar intervenciones médicas son inherentes a dicha actividad, recordando además que, por parte de la EPS Sanitas siempre se le aseguró a la señora Cifuentes Salazar el acceso a la prestación de los servicios de salud.

Dicho lo anterior, resulta pertinente indicar que, es a través de la renombrada historia clínica que se desvirtúa cualquier atribución y/o adjudicación de responsabilidad que hace la parte actora frente a las demandadas (especialmente frente a la EPS Sanitas), por lo que, muy amablemente solicito al Despacho se sirva declarar probada esta excepción.

5. TASACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES - DAÑO MORAL- PRETENDIDOS POR LOS DEMANDANTES

La parte demandante pretende una cuantiosa indemnización con ocasión a los supuestos perjuicios extrapatrimoniales en modalidad de daño moral presuntamente causados. Por lo anterior, se le solicita de la manera más respetuosa que, en caso de proferir condena a la parte demandada de este proceso, se acoja principalmente a lo señalado por la Corte Suprema de Justicia.

Cabe resaltar que, el tipo de perjuicio extrapatrimonial que solicita la parte actora sea reparado económicamente con ocasión a los hechos objeto de la presente demanda, resulta o trata de una compleja tipología de perjuicios cuya configuración depende de la existencia de una serie de elementos subjetivos y de los que su tasación si bien se encuentra deferida *"al arbitrium judicis"*. Es decir, al recto criterio del fallador, por lo que sí deben por lo menos, estar sujetos a su comprobación y acreditación mediante los medios de prueba conducentes para el efecto. En ese sentido, es fundamental que realmente se logre comprobar que, respecto a la indemnización de perjuicios por concepto de perjuicios morales, esos sentimientos que dicen las víctimas habérseles generado, demuestren que efectivamente fueron producto del hecho dañoso configurativo de este proceso.

Así las cosas, es menester que, quien aduce la generación de este tipo de perjuicios, demuestre plenamente la aflicción sufrida, tanto física como sentimental, para que si quiera, se entre a considerar si tienen lugar o no lugar a obtención de un resarcimiento económico.

> *"Por cierto que las pautas de la jurisprudencia en torno a la tasación de perjuicios extra-patrimoniales, con fundamento el prudente arbitrio del juez, fueron acogidas expresamente por el artículo 25 del Código General del Proceso, (…)».*
>
> *Y aunque tal regla está prevista para la cuantía de los procesos, en general,* ***permite ver que el sistema procesal es reacio a aceptar pretensiones de indemnización inmaterial por montos exagerados, a voluntad de las partes****, ya que así se generan distorsiones en las instancias y recursos que razonablemente deben tener los trámites judiciales."*[4] (Subraya y negrillas fuera del texto original)

Ha señalado igualmente la Corte[5] que, dentro de la concepción jurídica de los perjuicios extrapatrimoniales, específicamente respecto al daño moral, no hay una valoración pecuniaria en sentido estricto, ya que al pertenecer a la psiquis de cada persona *"es inviable de valorar al igual que una mercancía o bien de capital"*. De ahí entonces que sea razonable estimar que, (i) en cada caso el juez realice una valoración concreta, con la debida objetividad y conforme lo que se logre probar en el transcurso del proceso; y, (ii) no resulta apropiado que las partes puedan estimar el valor económico de su propio sufrimiento*, "ya que eso iría en contravía de la naturaleza especial del perjuicio inmaterial o espiritual, que escapa al ámbito de lo pecuniario"*.

Adicional a lo anterior, se hace necesario manifestar que, para el caso de indemnización por concepto de perjuicios morales, el aquí pretendido por la parte actora excede los valores tasados y adjudicados por la Corte Suprema de Justicia en distintos pronunciamientos para los casos de muerte. Por ejemplo, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia[6] se pronunció sobre un caso en el cual se pretendía una cuantiosa indemnización por concepto de perjuicio moral con ocasión al fallecimiento de una persona, indicando entre otras cosas lo siguiente:

---

[4] Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000-2017-00405-00

[5] Ibidem.

[6] Corte Suprema de Justicia, AC3265-2019. Radicación n. º 11001-02-03-000-2019-02385-00. Bogotá, D.C., doce (12) de agosto dos mil diecinueve (2019).

*"[B]ajo ese contexto, la tasación realizada por esta Corte en algunos eventos donde se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposo(a) o compañero(a) permanente de la persona fallecida o víctima directa del menoscabo, se ha establecido regularmente en **$60´000.000**,oo, lo cual implica, prima facie, que dicha cuantía podrá ser guía para su determinación."*

Conforme a lo anterior, tenemos entonces que, desde la óptica jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, si bien este tipo de perjuicios se deja al recto criterio del fallador, los mismos deben estar debidamente soportados y acreditados. De manera tal que permita al Juez decidir sobre su procedencia y consecuentemente sobre su tasación. Situación que claramente no es posible evidenciar en este caso, por lo que resulta no solo inadecuada su tasación sino también injustificada.

Por lo anteriormente expuesto, en este caso específico, conforme a las pruebas obrantes en el expediente, no pueden ni deben ser indemnizados por mi representada los rubros que bajo dichos conceptos solicita la parte actora en el escrito de demanda, ya que su presunta causación no se encuentra debidamente probada. Especialmente, respecto a los demandantes a partir del tercer grado de consanguinidad, frente a los cuales la demostración de la causación del perjuicio moral es necesaria, ya que respecto de ellos NO se presume, sin contar obviamente con que, en todo caso lo solicitado resulta abiertamente indebido e injustificado a la luz de los presupuestos configurativos que permiten estructurar el origen de este tipo de perjuicios.

6. GENÉRICA Y OTRAS

Conforme a lo dispuesto en el artículo 282 del CGP[7], solicito sea declarada cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o al contrato de seguro utilizado para convocar a mi representada al presente litigio.

CAPÍTULO II.
CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA EPS SANITAS S.A.S. A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO

Frente al hecho "1.": Se admite. De conformidad con la documentación que obra dentro del expediente y las actuaciones procesales surtidas dentro del presente proceso, es cierto lo que indica el apoderado judicial de la entidad llamante en este hecho.

Frente al hecho "2.": Se admite. De conformidad con la documentación que obra dentro del expediente, especialmente respecto al libelo demandatorio, es cierto lo que indica el apoderado judicial de la entidad llamante en este hecho.

Frente al hecho "3.": No se admite. Lo anterior bajo el entendido que, el contrato de seguro en virtud del cual se vincula a mí representada al presente proceso NO puede hacerse

---

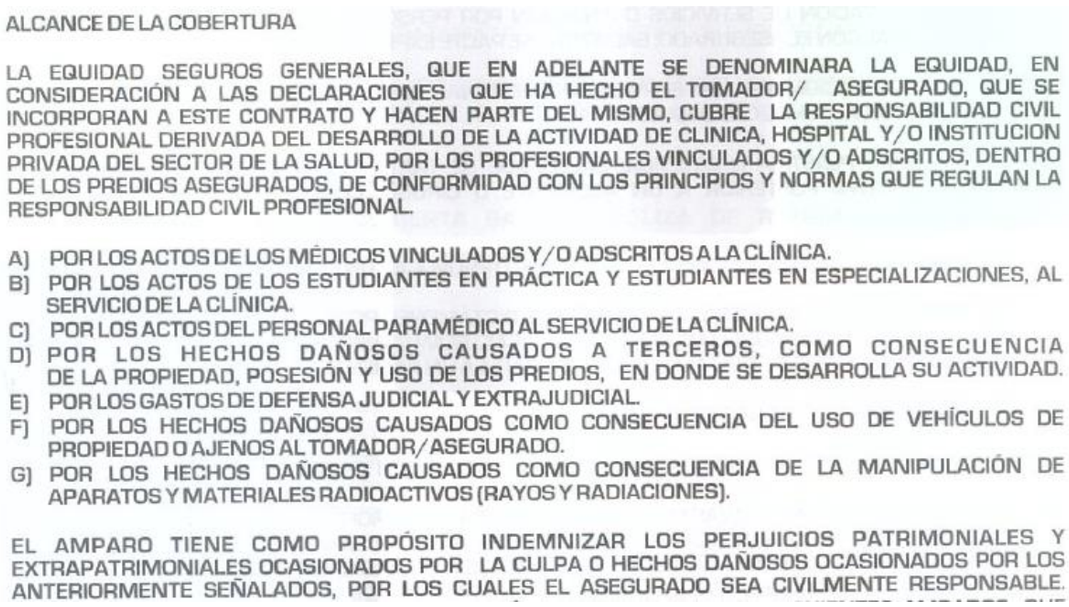
[7] ***Artículo 282. Resolución sobre excepciones**. En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.*

Cuando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada.

Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia.

Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.

efectiva, en tanto no se ha realizado el riesgo asegurado amparado por la póliza No. AA195705, pues el amparo pactado en la póliza, opera así:



ALCANCE DE LA COBERTURA

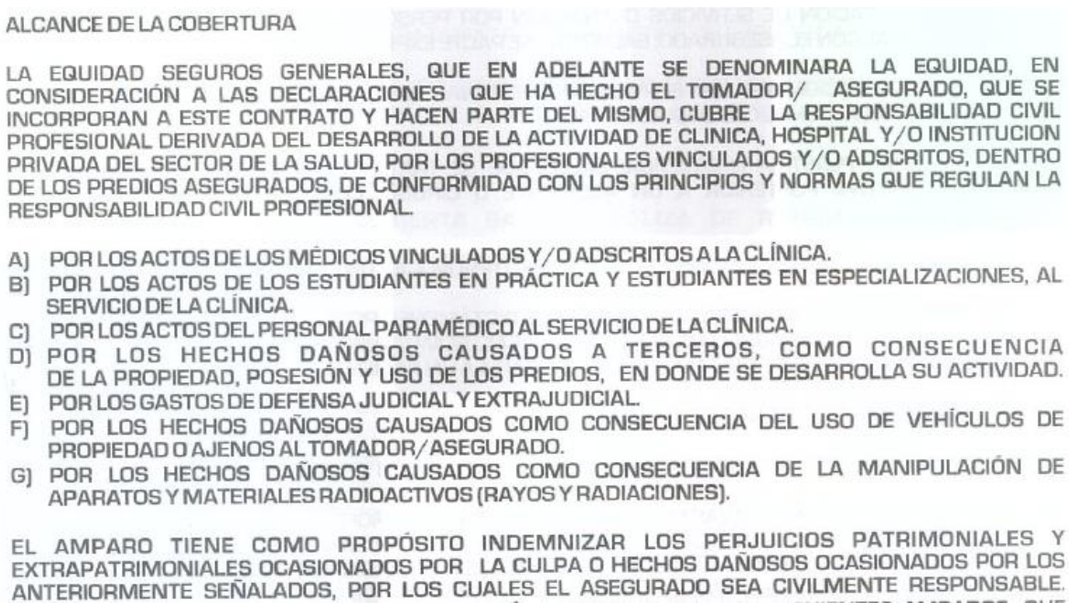
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLINICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.
B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ASEGURADO.
G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES).

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

Por lo anterior, al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de la EPS Sanitas, ya que, de un lado, en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada y, de otro, porque no se acredita de forma cierta la materialización de los perjuicios cuya indemnización se solicita, resulta claro que no habría disminución del patrimonio del asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza, y por consiguiente, estamos ante la no realización del riesgo asegurado, sin que se haya cumplido entonces la obligación condicional del asegurador.

Frente al hecho "4.": Si bien mí representada conoce de los hechos objeto de la presente demanda, es necesario indicar que, no puede utilizarse el término "siniestro", toda vez que, conforme lo estipulado en el artículo 1072 del Código de Comercio, *"Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado"*, y, frente a este caso en particular, es posible afirmar que estamos ante la no realización del riesgo asegurado amparado por la póliza No. AA195705 que sirvió como sustento de la vinculación de mi representada, pues el amparo pactado en la póliza, opera así:



ALCANCE DE LA COBERTURA

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLINICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.
B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ASEGURADO.
G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES).

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

Por lo anterior, al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de la EPS Sanitas, ya que, de un lado, en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada y, de otro, porque no se acredita

de forma cierta la materialización de los perjuicios cuya indemnización se solicita, resulta claro que no habría disminución del patrimonio del asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza, y por consiguiente, estamos ante la no realización del riesgo asegurado, siendo inadecuado el uso del término “siniestro”.

Frente al hecho “5.”: No se admite tal como lo indica el apoderado judicial de la entidad llamante en este hecho. Lo anterior, bajo el entendido que,

(i) No es posible atribuir responsabilidad alguna a la EPS Sanitas por los hechos objeto de la presente demanda, por lo que, la consecuencia jurídica de ello es la imposibilidad de entrar siquiera a analizar la relación contractual suscitada entre dicha EPS y mí representada, la Equidad Seguros Generales O.C.

(ii) En todo caso, respecto a los amparos pactados en la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, Certificado No. AA960901, se pactó lo siguiente:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitales	$4,750,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00

Asimismo, se pactó como deducible a cargo del asegurado lo siguiente:

Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.

De conformidad con lo anterior, si bien NO es posible observar responsabilidad alguna por parte de la EPS Sanitas, ante una remota y eventual condena en contra de dicha entidad, se debe tener presente que, la póliza No. AA195705, Certificado No. AA960901, contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el operador jurídico, considerando además, el deducible pactado que resultaría a cargo de la EPS Sanitas.

Frente al hecho “6.”: No se admite tal como lo indica el apoderado judicial de la entidad llamante en este hecho. Lo anterior, bajo el entendido que,

(i) No es posible atribuir responsabilidad alguna a la EPS Sanitas por los hechos objeto de la presente demanda, por lo que, la consecuencia jurídica de ello es la imposibilidad de entrar siquiera a analizar la relación contractual suscitada entre dicha EPS y mí representada, la Equidad Seguros Generales O.C.

(ii) En todo caso, respecto a los amparos pactados en la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, Certificado No. AA960901, se pactó lo siguiente:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitales	$4,750,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00

Asimismo, se pactó como deducible a cargo del asegurado lo siguiente:

Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.

De conformidad con lo anterior, si bien NO es posible observar responsabilidad alguna por parte de la EPS Sanitas, ante una remota y eventual condena en contra de dicha entidad, se debe tener presente que, la póliza No. AA195705, Certificado No. AA960901, contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el operador jurídico, considerando además, el deducible pactado que resultaría a cargo de la EPS Sanitas.

Frente al hecho "7.": Se hace necesario contestar este hecho así:

(i) Respecto a que el llamamiento en garantía a mí prohijada es procedente, dicha afirmación no es propiamente un hecho, pues simplemente se trata de la consideración que realiza el apoderado judicial de la entidad llamante para vincular a La Equidad Seguros Generales O.C. al presente proceso.

(ii) Ahora bien, es necesario indicar que, frente a este caso en particular, es posible afirmar que estamos ante la no realización del riesgo asegurado amparado por la póliza No. AA195705 que sirvió como sustento de la vinculación de mi representada, pues el amparo pactado en la póliza, opera así:

ALCANCE DE LA COBERTURA

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLINICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.
B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ASEGURADO.
G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES).

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

Por lo anterior, al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de la EPS Sanitas, ya que, de un lado, en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los

elementos necesarios para que la misma sea predicada y, de otro, porque no se acredita de forma cierta la materialización de los perjuicios cuya indemnización se solicita, resulta claro que no habría disminución del patrimonio del asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza, y por consiguiente, estamos ante la no realización del riesgo asegurado, sin que se haya cumplido entonces la obligación condicional del asegurador.

(iii) Por otro lado, respecto a los amparos pactados en la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, Certificado No. AA960901, se pactó lo siguiente:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,750,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00

Asimismo, se pactó como deducible a cargo del asegurado lo siguiente:

Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.

De conformidad con lo anterior, si bien NO es posible observar responsabilidad alguna por parte de la EPS Sanitas, ante una remota y eventual condena en contra de dicha entidad, se debe tener presente que, la póliza No. AA195705, Certificado No. AA960901, contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el operador jurídico, considerando además, el deducible pactado que resultaría a cargo de la EPS Sanitas.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO

Frente a la pretensión "1.": No se hace necesario realizar pronunciamiento alguno, atendiendo a que, el llamamiento ya fue admitido y es lo que permitió que el aquí suscrito esté contestando dentro del término en representación de la aseguradora.

Frente a la pretensión "2.": No me opongo a que se resuelva la relación sustancial existente entre la EPS Sanitas y mi representada, la Equidad Seguros Generales O.C. con ocasión al contrato de seguro documentado en la Póliza No. AA195705. Asimismo, concuerdo con el apoderado judicial de la entidad llamante en cuanto que, se dé estricta aplicación a las condiciones generales y particulares que dotan el contrato de seguro en virtud del cual se vincula a mí prohijada.

Sin embargo, es necesario indicar que, frente a este caso en particular, es posible afirmar que estamos ante la no realización del riesgo asegurado amparado por la póliza No. AA195705 que sirvió como sustento de la vinculación de mi representada, pues el amparo pactado en la póliza, opera así:

ALCANCE DE LA COBERTURA

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLINICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.
B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ASEGURADO.
G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES).

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

Por lo anterior, al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de la EPS Sanitas, ya que, de un lado, en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada y, de otro, porque no se acredita de forma cierta la materialización de los perjuicios cuya indemnización se solicita, resulta claro que no habría disminución del patrimonio del asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza, y por consiguiente, estamos ante la no realización del riesgo asegurado, sin que se haya cumplido entonces la obligación condicional del asegurador.

En todo caso, debe tenerse en cuenta que, conforme las condiciones generales y particulares pactadas en el contrato de seguro en virtud del cual se vinculó a mí representada, se pactó un deducible en los siguientes términos:

Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.

Frente a la pretensión "3.": Me opongo. Lo anterior, bajo el entendido que,

(i) No es posible atribuir responsabilidad alguna a la EPS Sanitas por los hechos objeto de la presente demanda, por lo que, la consecuencia jurídica de ello es la imposibilidad de entrar siquiera a analizar la relación contractual suscitada entre dicha EPS y mí representada, la Equidad Seguros Generales O.C.

(ii) En todo caso, es necesario indicar que, frente a este caso en particular, es posible afirmar que estamos ante la no realización del riesgo asegurado amparado por la póliza No. AA195705 que sirvió como sustento de la vinculación de mi representada, pues el amparo pactado en la póliza, opera así:

ALCANCE DE LA COBERTURA

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLINICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.
B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ASEGURADO.
G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES).

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

Por lo anterior, al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de la EPS Sanitas, ya que, de un lado, en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada y, de otro, porque no se acredita de forma cierta la materialización de los perjuicios cuya indemnización se solicita, resulta claro que no habría disminución del patrimonio del asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza, y por consiguiente, estamos ante la no realización del riesgo asegurado, sin que se haya cumplido entonces la obligación condicional del asegurador.

(iii) Ahora bien, respecto a los amparos pactados en la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, Certificado No. AA960901, se concertó lo siguiente:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitales	$4,750,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00

Asimismo, se pactó como deducible a cargo del asegurado lo siguiente:

Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.

De conformidad con lo anterior, si bien NO es posible observar responsabilidad alguna por parte de la EPS Sanitas, ante una remota y eventual condena en contra de dicha entidad, se debe tener presente que, la póliza No. AA195705, Certificado No. AA960901, contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el operador jurídico, considerando además, el deducible pactado que resultaría a cargo de la EPS Sanitas.

Frente al hecho "4.": Me opongo. Lo anterior, bajo el entendido que,

(i) No es posible atribuir responsabilidad alguna a la EPS Sanitas por los hechos objeto de la presente demanda, por lo que, la consecuencia jurídica de ello es la imposibilidad de entrar siquiera a analizar la relación contractual suscitada entre dicha EPS y mí representada, la Equidad Seguros Generales O.C.

(ii) En todo caso, es necesario indicar que, frente a este caso en particular, es posible afirmar que estamos ante la no realización del riesgo asegurado amparado por la póliza No. AA195705 que sirvió como sustento de la vinculación de mi representada, pues el amparo pactado en la póliza, opera así:

ALCANCE DE LA COBERTURA

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLINICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.
B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ASEGURADO.
G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES).

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

Por lo anterior, al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de la EPS Sanitas, ya que, de un lado, en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada y, de otro, porque no se acredita de forma cierta la materialización de los perjuicios cuya indemnización se solicita, resulta claro que no habría disminución del patrimonio del asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza, y por consiguiente, estamos ante la no realización del riesgo asegurado, sin que se haya cumplido entonces la obligación condicional del asegurador.

(iii) Ahora bien, respecto a los amparos pactados en la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, Certificado No. AA960901, se concertó lo siguiente:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,750,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00

Asimismo, se pactó como deducible a cargo del asegurado lo siguiente:

Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.

De conformidad con lo anterior, si bien NO es posible observar responsabilidad alguna por parte de la EPS Sanitas, ante una remota y eventual condena en contra de dicha entidad, se debe tener presente que, la póliza No. AA195705, Certificado No. AA960901, contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el operador jurídico, considerando además, el deducible pactado que resultaría a cargo de la EPS Sanitas.

Frente al hecho "5.": Me opongo. Lo anterior en el sentido que, dentro de las condiciones particulares, se incluyó una aclaración en la que se advierte lo siguiente:

> *Condiciones*
> *(…)*
> *[S]e entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza.*

En ese sentido, la solicitud indemnizatoria que de esta pretensión se eleva al Despacho resulta improcedente, luego que, de conformidad con lo indicado en las condiciones particulares, la EPS Sanitas debe procurar asumir todos los gastos de su propia defensa jurídica. En este orden de ideas, solicito respetuosamente al Juzgador no acceder a esta pretensión.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Es necesario aclarar que, para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante del amparo demuestre la realización del riesgo asegurado. En tal virtud, si no se prueba la realización del riesgo asegurado la prestación condicional de la Aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva la póliza. Dado que en el presente caso no se demostró la realización del riesgo asegurado, por cuanto no se demostró un nexo de causalidad entre las conductas de los demandados y el daño alegado por el Demandante, es claro que no nació obligación de indemnizar por parte de la Compañía de Seguros. En ese sentido, el artículo 1072 del Código de Comercio, estableció:

> "*ARTÍCULO 1072. <DEFINICIÓN DE SINIESTRO>. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado."*

El cumplimiento de tal carga probatoria respecto de la ocurrencia del siniestro es fundamental para que se haga exigible la obligación condicional derivada del contrato de seguro, tal como lo ha indicado doctrina respetada sobre el tema:

> "*Es asunto averiguado que en virtud del negocio aseguraticio, el asegurador contrae una obligación condicional que el artículo 1045 del código de comercio califica como elemento esencial del contrato, cuyo objeto se concreta a pagar la indemnización cuando se realice el riesgo asegurado. Consecuente con esta concepción, el artículo 1054 de dicho estatuto puntualiza que la verificación del riesgo -como suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador- "da origen a la obligación del asegurado" (se resalta), lo que significa que es en ese momento en el que nace la deuda y, al mismo tiempo, se torna exigible (…)"*
>
> *"(…) Luego la obligación del asegurador nace cuando el riesgo asegurado se materializa, y cual si fuera poco, emerge pura y simple.*

> *Pero hay más. Aunque dicha obligación es exigible desde el momento en que ocurrió el siniestro,* ***el asegurador, ello es medular, no está obligado a efectuar el pago hasta tanto el asegurado o beneficiario le demuestre que el riesgo se realizó y cuál fue la cuantía de su perdida.*** *(…) Por eso el artículo 1080 del Código de Comercio establece que "el asegurador estará obligado a efectuar el pago…[cuando] el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077". Dicho en breve, el asegurador sabe que tiene un deber de prestación, pero también sabe que mientras el acreedor no cumpla con una carga, no tendrá que pagar (…)"*
>
> *"(…) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el cumplimiento de ella el asegurador no debe "efectuar el pago" (C. de CO., art. 1080)*[8] " (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

La importancia de la acreditación probatoria de la ocurrencia del siniestro se circunscribe a la propia filosofía resarcitoria del seguro. Consistente en reparar el daño acreditado y nada más que este. Puesto que de lo contrario, el asegurado o beneficiario podría enriquecerse sin justa causa, al indemnizarle un daño inexistente. En esta línea ha indicado la Corte Suprema de Justicia:

> "*2.1. La efectiva configuración del riesgo amparado, según las previsiones del artículo 1054 del Código de Comercio, "da origen a la obligación del asegurador".*
>
> *2.2. En consonancia con ello, "[e]l asegurado o el beneficiario [están] obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro" (art. 1075, ib.), información que en el caso de la póliza de que se trata, debía verificarse "dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia de un tratamiento de las enfermedades de Alto Costo relacionada en la Cláusula Primera, así no afecte la Cobertura provista mediante la presente póliza" (cláusula décima, condiciones generales, contrato de seguro).*
>
> *2.3. Pero como es obvio entenderlo, no bastaba con reportar el siniestro, sino que era necesario además "demostrar [su] ocurrencia (…), así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso" (art. 1077, ib.).*
>
> *2.4 Esos deberes acentúan su importancia en los seguros de daños, como el que es base de la acción, toda vez que ellos, "[r]especto del asegurado", son "contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento" (art. 1088, ib.), de modo que "la indemnización no excederá, en ningún caso, el valor real del interés asegurado en el momento de siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario*" (art. 1089, ib.)[9]".

De lo anterior, se infiere que, en todo tipo de seguros, cuando el asegurado quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y de ser necesario, también deberá demostrar la cuantía de la pérdida. Para el caso en estudio, debe señalarse que la parte Demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo dispuesto en el Art. 1077 del C. Co. Según las pruebas documentales obrantes en el plenario, no se han probado estos factores, por lo que, en ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del

---

[8] ÁLVAREZ GÓMEZ Marco Antonio. "Ensayos sobre el Código General del Proceso. Volumen I. Hipoteca, Fiducia mercantil, Prescripción, Seguros, Filiación, Partición de bienes en vida y otras cuestiones sobre obligaciones y contratos". Segunda Edición. Editorial Temis, Bogotá, 2018. Pág. 121-125.

[9] Sentencia SC2482-2019 de 9 de julio de 2019, Radicación n.° 11001-31-03-008-2001-00877-01. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. MP: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

Asegurador. A efectos de aclararle al Despacho las razones por las que no se encuentran cumplidas las cargas del artículo 1077, explico lo siguiente:

Sin perjuicio de las excepciones de la contestación de la demanda, se formula esta de conformidad con lo estipulado en las condiciones específicas de la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, toda vez que, de la mera lectura podemos concluir que el riesgo asegurado no se realizó. Mediante la póliza en virtud de la cual se vinculó a mi procurada al presente litigio, la Aseguradora cubre la Responsabilidad Civil Profesional atribuible al Asegurado cuando este deba asumir un daño derivado *"del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con los principio y normas que regulan la responsabilidad civil profesional"*. Sin embargo, en este caso encontramos que tal responsabilidad no se estructuró, pues se está una situación que NO puede ser atribuible de manera alguna a la EPS Sanitas, inclusive, de la documentación obrante en el expediente y la situación fáctica presentada, tampoco se puede atribuir responsabilidad a la Clínica Ospedale ni a ninguno de los funcionarios adscritos a dicha institución.

En virtud de la clara inexistencia de responsabilidad del asegurado, la Aseguradora deberá ser absuelta de cualquier responsabilidad indemnizatoria. Pues al tenor del amparo contratado, se estipuló que mi representada cubre la Responsabilidad en que incurra el asegurado. Sin embargo, la parte actora no logró estructurar los elementos constitutivos para que se predique la responsabilidad a cargo de las demandadas (especialmente frente a la EPS Sanitas) y con eso se torna imposible acceder a reconocimientos económicos que deba asumir la aseguradora, pues el riesgo amparado no se configuró. El riesgo fue descrito dentro de las condiciones del contrato de seguros, de la siguiente manera:

ALCANCE DE LA COBERTURA

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLINICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.
B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ASEGURADO.
G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES).

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

Dicho lo anterior, es claro que en el presente caso no se ha realizado el riesgo asegurado y, como consecuencia de ello, no hay obligación condicional por parte de la Aseguradora, pues no se ha presentado un evento en el cual haya sido declarada la responsabilidad civil del asegurado. Al contrario, se observa que, no es posible atribuir ningún tipo de responsabilidad respecto de la EPS Sanitas y, que, inclusive, tampoco puede atribuirse responsabilidad frente a los codemandados Clínica Ospedale y el médico Brahyan Steven López, situación entonces que, trae como consecuencia lógica y jurídica la imposibilidad de entrar si quiera a analizar la relación sustancias suscitada entre la EPS Sanitas y La Equidad Seguros Generales O.C.

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

2. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que existe responsabilidad del asegurado EPS Sanitas respecto a los hechos objeto de la presente demanda y que sí se realizó el riesgo asegurado, y bajo dicho entendido, sí nació a la vida jurídica la obligación condicional de la Equidad Seguros Generales O.C. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juez deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

> ***"ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA****. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074".*

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

> "*Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización*"[10] *(Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda en razón de la porción de riesgo asumido, que en este caso resulta ser la siguiente, para los amparos que a continuación se relacionan:

[10] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitales	$4,750,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado, y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, la póliza No. AA195705, Certificado No. AA960901, contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el operador jurídico en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada, el cual para este caso en particular, el amparo que se podría ver afectado sería el de “Responsabilidad Civil Clínicas Hospitales”, cuya suma asegurada se pactó en hasta $4.750.000.000.

3. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁN TENER EN CUENTA DE LOS DEDUCIBLES PACTADOS

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta los siguientes deducibles pactados en el contrato de seguro documentado en la póliza No. AA195705, Certificado No. AA960901:

Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida

En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el Honorable Juzgador tome en consideración que, tanto la definición del deducible como su forma de aplicación, ha sido ampliamente desarrollada por la Superintendencia Financiera de Colombia en distintos conceptos, como el que se expone a continuación:

> *“Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.*
>
> *En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones*

particulares que acuerden los contratantes"[11]*.* (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada civilmente responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro documentado en la póliza No. AA195705, Certificado No. AA960901, es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, asciende al 10% de la pérdida, mínimo $150.000.000.

4. CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS No. AA195705, CERTIFICADO No. AA960901

En las condiciones de la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, Certificado No. AA960901, se establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella. En efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio aseguraticio.

Ahora bien, tal como lo señala el artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

"(…) Art. 1056.- Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado."

En virtud de la facultad citada en el referido artículo, el asegurador decidió otorgar determinados amparos, siempre supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, e incorpora en la póliza referenciada, barreras cualitativas que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente como ***exclusiones de la cobertura***. De lograrse acreditar al menos una de las exclusiones consignadas en las condiciones generales o particulares de la Póliza No. AA195705, Certificado No. AA960901, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

5. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 Código de Comercio el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que en el evento que para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

6. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DEL CONTRATO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Se formula la presente excepción sin que por ello se esté aceptando responsabilidad alguna y mucho menos obligación indemnizatoria a cargo de la Equidad Seguros Generales O.C., pues es solo para efectos de aclarar al despacho que ante una eventual condena e inclusive habiendo un límite de valor asegurado en el contrato de seguros, en ningún momento el fallo del señor Juez puede desbordar una cifra de perjuicios más allá de lo que

[11] Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

evidentemente se encuentre probado, teniendo en cuenta las transcripciones jurídicas que presento a continuación:

- De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1127 del Código de Comercio, que reza de la siguiente manera,

  "Art. 1127.-Modificado por la Ley 45 de 1990, artículo 84. Naturaleza del seguro de responsabilidad civil. *El seguro de responsabilidad impone a cargo del asegurador la* ***obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado*** *con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley* ***y 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. (*Subrayado y negrita, fuera del texto original)

  Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave, con la restricción indicada en el artículo 1055". (Subrayas y negrillas fuera del texto original)

- En igual sentido, y originariamente la Corte Suprema de Justicia así lo ha establecido, según el fallo del 22 de julio de 1999, expediente 5065 en el que realizó la siguiente referencia,

  *"****Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio****. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato."*[12] (Subrayas y negrillas fuera del texto original)

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de perjuicios morales no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte de la EPS Sanitas implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte Demandante recibiendo una indemnización por parte de la EPS demandada que nada tuvo que ver con el lamentable fallecimiento de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar toda vez que, tal como se ha indicado de manera reiterada y suficiente, la misma no puede ser atribuida a la EPS Sanitas ni tampoco la Clínica Ospedale o alguno de los funcionarios adscritas a ésta.

Así entonces, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad de los demandados y eventualmente enriqueciendo a los accionantes.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción, y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

Con fundamento en lo expuesto solicito declarar probada la presente excepción.

[12] Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Corte Suprema de Justicia del 22 de julio de 1999, expediente 5065 Magistrado Ponente: Nicolás Bechara Simancas.

7. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO

Es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del C.CO, La Equidad seguros Generales O.C., podrá proponer a los beneficiarios, la excepciones que pueda alegar en contra del tomador y el asegurado cuando son personas distintas, por tanto, en caso de un fallo en contra este deberá ajustarse de acuerdo con las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro, y dicha condena no podrá exceder los parámetros acordados por los contratantes.

Así entonces, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de los demandantes contra el asegurado, EPS Sanitas, tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro documentado en la Póliza De R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, Certificado No. AA960901, vigente del 22 de febrero de 2022 al 27 de septiembre de 2022; y, considerando el amparo que se pretende afectar con la presente acción, en cuanto el mismo se pactó de conformidad con las condiciones generales PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS/ HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR SANIDAD, contenidas en la proforma 01042010-1501-P-06-0000000000001008.

8. GENÉRICA Y OTRAS

Conforme a lo dispuesto en el artículo 282[13] del Código General del Proceso, solicito sea declarada cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o al contrato de seguro utilizado para convocar a mi representada al presente litigio.

CAPÍTULO III.
MEDIOS DE PRUEBA

Comedidamente solicito las siguientes:

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a quien integra la parte demandante, para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito les formularé sobre los hechos de la demanda. Asimismo, solicito muy amablemente se me permita interrogar a los representantes legales de las entidades demandadas, esto es, Clínica Ospedale y de la EPS Sanitas S.A.S.; así como al médico Brahyan Steven López.

- **DECLARACIÓN DE PARTE**

De conformidad con lo estipulado en el artículo 198 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal de La Equidad Seguros Generales O.C., a fin de que sea interrogado sobre los hechos relacionados en el presente proceso

---

[13] ***Artículo 282. Resolución sobre excepciones***. *En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.*

Cuando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada.

Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia.

Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.

- **DOCUMENTALES**

1. Certificado de existencia y representación Legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

2. Certificado de existencia y representación de la firma G. Herrera & Asociados Abogados S.A.S.

3. Copia del contrato de seguro de responsabilidad civil Clínicas y Hospitales documentado en la Póliza No. AA195705 -condiciones generales y particulares-.

- **TESTIMONIALES**

Solicito al Despacho, decretar el testimonio de las siguientes personas:

1. Kelly Alejandra Paz Chamorro, asesora externa de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, y en especial para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza expedida por mi prohijada y vinculada en este proceso, sobre la modalidad de cobertura **CLAIMS MADE** en la que fue pactada, los límites máximos asegurados y el deducible.

La Dra. Paz Chamorro, podrá citarse a través del correo electrónico kelyapazch@hotmail.com.

2. Claudia Patricia González, auditora médica. Dirección de Auditoría de Calidad y Mejoramiento de Gerencia de Auditoria Médica de EPS Sanitas, con el objeto de que se pronuncie sobre la atención médica dispensada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Dentro de dicha declaración también se realizan preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración.

La Dra. González podrá citarse a través del correo electrónico claudipgonzalez@epssanitas.com.

II. NOTIFICACIONES

A la parte actora y a la llamante en garantía, en la dirección consignada en el escrito de demanda y en la contestación a la misma, respectivamente.

A mi representada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. en la en la Carrera 9a No. 99 – 07, P. 12 - 13 - 14 – 15 de la ciudad de Bogotá; correo electrónico: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

Al suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N–100 Oficina 212 de la ciudad de Cali; correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.
T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
Sigla: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES
Nit: 860.028.415-5
Domicilio principal: Bogotá D.C.

INSCRIPCIÓN

Inscripción No. N0817855
Fecha de Inscripción: 19 de julio de 1995
Último año renovado: 2022
Fecha de renovación: 30 de marzo de 2022

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 9 A # 99 - 07 To 3 P 14
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop
Teléfono comercial 1: 5922929
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 9 A # 99 - 07 To 3 P 14
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop
Teléfono para notificación 1: 5922929
Teléfono para notificación 2: 5185898
Teléfono para notificación 3: No reportó.

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

Signature Not Verified
Constanza del Pilar Pacheco Trujillo

---

del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Bogotá D.C. (1).

REFORMAS ESPECIALES

Por E.P. No. 1549 de la Notaría 17 de Santafé de Bogotá, del 12 de julio de 1.995, inscrita el 18 de julio de 1.995 bajo el No. 501127 del libro IX, la sociedad: SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO, se escindió dando origen a las sociedades: SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO Y SEGUROS DE VIDA LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO.

Por Escritura Pública número 0612 del 15 de junio de 1.999 de la Notaría 17 de Santafé de Bogotá D.C., inscrita el 12 de julio de 1.999 bajo el número 687777 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: "SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO" por el de: "LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO" la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada LA EQUIDAD."

Por Escritura Pública No. 0991 de la Notaría 17 de Santafé Bogotá D.C. Del 1 de agosto de 2000, inscrita el 10 de agosto de 2000 bajo el número 740345 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada "LA EQUIDAD", por el de: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada "LA EQUIDAD GENERALES".

Por Escritura Pública No. 505 de la Notaría 17 de Bogotá D.C., del 09 de julio de 2002, inscrita el 29 de julio de 2002 bajo el número 837769 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada LA EQUIDAD GENERALES por el de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO

COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación alternativa LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Mediante Oficio No. 4273 del 17 de septiembre de 2013, inscrito el 26 de septiembre de 2013 bajo el No. 00136699 del libro VIII, el Juzgado 43 Civil del Circuito de Bogotá, comunicó que en el proceso ordinario responsabilidad civil extracontractual No. 11001310304320130050 3 de Esmeralda Prieto Velásquez, Yury Alejandra Prieto Velásquez, Gilma Velásquez, Diana Leonor Salcedo Velásquez, Wilson Enrique Salcedo Velásquez y Omar Norberto Salcedo Velásquez, contra ASPROVESPULMETA S.A., LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y Rafael Orlando Ortiz Mosquera, se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1972 del 9 de junio de 2014, inscrito el 15 de julio de 2014 bajo el No. 00142286 del libro VIII, el Juzgado 2 de Civil del Circuito de Villavicencio, comunicó que en el proceso ordinario No. 2014-00111-00 de Jose Ferney Herrera y otro contra Jorge Ricardo Escobar Cerquera, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1667 del 31 de agosto de 2015, inscrito el 8 de septiembre de 2015 bajo el No. 00150115 del libro VIII, el Juzgado 2 Promiscuo del Circuito de la Plata Huila, comunicó que en el proceso ordinario de responsabilidad civil extracontractual de Néstor Ángel Gómez Carvajal, se decretó la inscripción de la demanda en el establecimiento de comercio de la referencia.

Mediante Oficio No. 998 del 2 de marzo de 2016, inscrito el 31 de marzo de 2016 bajo el No. 00152952 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Medellín, comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil, radicado 05001 31 03 002 2015 01138 00 de: María Carmenza Trujillo Mejía y otros, contra: Gustavo Adolfo Gañan Cataño y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 01500 del 8 de septiembre de 2016, inscrito el 15 de septiembre de 2016 bajo el No. 00156128 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Granada Meta, en el proceso ordinario de

---

responsabilidad civil extracontractual radicado No. 503133103001-2015-00248-00 de Edilson Orjuela Calderón contra COOTRANSARIARI, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y CÁNDIDA MOJICA REYES decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 2709 del 25 de octubre de 2016, inscrito el 26 de octubre de 2016 bajo el No. 00156849 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Roldadillo Valle, en el proceso verbal-R.C.E. Radicado No. 76-622-31-03-001-2016-00112-00 de Luz Dary Cardona Rojas contra COOPERATIVA TRANSPORTADORES OCCIDENTE y otro decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1709 del 15 de junio de 2017, inscrito el 18 de julio de 2017 bajo el No. 00161435 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Cartagena, comunicó que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 13001-31-03-005-2017-00119-00, de: Fátima Álvarez Jorge, contra: Jeidis Del Carmen Mestre Cogollo, Jorge Luis Guardo Mestre, COOPERATIVA INTEGRAL DE TRANSPORTE DE TURBACO (COOTRANSTUR) y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1798 del 24 de mayo de 2017 inscrito el 25 de julio de 2017 bajo el No. 00161567 del libro VIII, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Neiva, comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil contractual No. 41001310300320170098000 se decretó la inscripción de la demanda.

Mediante Oficio No. 1357 del 01 de septiembre de 2017 inscrito el 15 de septiembre de 2017 bajo el No. 00163063 del libro VIII, el Juzgado Primero Promiscuo del Circuito de Corozal-Sucre, comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil No.2017-00015-00 se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 520 del 16 de marzo de 2018, inscrito el 22 de marzo de 2018 bajo el No. 00166987 del libro VIII, el Juzgado Promiscuo del Circuito de Planeta Rica - Córdoba, comunicó que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual rad: 00228-2017 de: Manuel Antonio Corpus Ortiz apdo Rafael Suñiga mercado contra: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y otros. Se decretó

---

la inscripción de la demanda sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1341/2018-00065-00 del 21 de marzo de 2018, inscrito el 31 de marzo de 2018 bajo el No. 00167202 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Bucaramanga comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual de: Ana Lucia Aguilar Flórez, Ingri Paola Jaimes Aguilar, Yerli Andrea Jaimes Aguilar, Diego Armando Jaimes Aguilar, Cesar Augusto Jaimes Aguilar, Yenny Marisa Jaimes Aguilar y Yenifer Tarazona Ramírez representante legal del menor Jheysenberg Farid Jaimes Tarazona, contra: Sandra Monica Calderón Vega, COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL MEDIO MAGDALENA LTDA "COOTRANSMAGDALENA LTDA" representada por Juan Pablo Ayala o quien haga sus veces, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, representada legalmente por Yolanda Reyes Villar o quien haga sus veces; Juan David Rodríguez Plazas, SOCIEDAD VIGIA S.A.S, representada legalmente por Luis Alberto Echeverry Garzón, o quien haga sus veces; sociedad COLTEFINANCIERA S.A. Representada legalmente por Héctor Camargo Salgar o, quien haga sus veces; SEGUROS DEL ESTADO S.A., representado legalmente por Jorge Mora Sánchez o, quien haga sus veces. Se decretó la inscripción de la demanda en el registro mercantil de la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0396 del 2 de abril de 2018, inscrito el 11 de abril de 2018 bajo el No. 00167385 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Sahagún - Córdoba, comunicó que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 236603103001-2018-00049-00 de: Ana Josefa Guazo Atencia y otros contra: Oscar Manuel González Delgado y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0472 del 10 de abril de 2018, inscrito el 24 de abril de 2018 bajo el No. 00167642 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 civil sobre la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1781 del 15 de mayo de 2018, inscrito el 22 de mayo de 2018 bajo el No. 00168246 del libro VIII, el Juzgado 15 Civil del Circuito de Oralidad de Cali Valle, comunicó que en el proceso de

---

responsabilidad civil extracontractual No. 76001310301520180005200 de: José Omar Londoño Echeverry, Shirley Ceballos Rodríguez, Maryuri Londoño Rodríguez, Juan Sebastián Hernández Ceballos y Nathalie Hernández Ceballos contra: Fabián Joven Mosquera, Gustavo Alberto Montoya Castaño y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 607 del 17 de mayo de 2018, inscrito el 13 de junio de 2018 bajo el No. 00031310 del libro XIII, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Garzón (Huila), comunicó que en el proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual en accidente de tránsito de: Karen Yulieth Artunduaga Correa en representación de Melanie Sofía Barrios Artunduaga, Juan Artunduaga López, Luz Carmen Correa, Juan David Artunduaga Correa y Geidy Liceo Artunduaga Correa, contra: Mónica Andrea Ossa Restrepo, Alexander Giraldo y LA EQUIDAD SEGUROS, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1028 del 9 de julio de 2018, inscrito el 23 de julio de 2018 bajo el No. 00169849 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Lorica - Córdoba, comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 2018-00346 de: Neder Jerónimo Negrete Vergara, contra: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, GOSSAIN BARRIGA Y CIA S EN C y otro, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1347 del 09 de noviembre de 2018, inscrito el 29 de noviembre de 2018 bajo el No. 00172425 del libro VIII, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Montería (córdoba), comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23-001-31-03-001-2018-00306-00 de: Gabriel Alfonso Soto Torres contra: Yovani Yimi Romero Hernández, LEASING BANCOLOMBIA S.A., y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1773 del 10 de diciembre de 2018, inscrito el 26 de diciembre de 2018 bajo el No. 00172737 del libro VIII, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Garzón (Huila), comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 2018-00110-00 de: Yina Isabel Fernández Perdomo actuando de manera directa y en representación de la menor Francisca Isabel Martínez

Fernández y Francisco Martínez Ruiz, contra: Hermides Quintero Garzón, Flor Emilce Piñeros Romero; VIAJEROS SA y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 130 del 24 de enero de 2019 inscrito el 28 de enero de 2019 bajo el No. 00173111 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Neiva (Huila), comunicó que en el proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 41001-31-03-005-2018-00279-00 de: Carolina Cantillo Arias, Jorge Andrés Vargas Cantillo, Jorge Eliecer Vargas Roa y Julián David Vargas Cantillo, contra: AUTOBUSES UNIDOS DEL SUR S.A., Jaduer Marín, Milton Cabrera Valderrama y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 198 del 19 de febrero de 2019, inscrito el 8 de marzo de 2019 bajo el No. 00174145 del libro VIII, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Honda (Tolima), comunicó que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual de: Olga Lucia Ureña Rivera, Diosa Ureña Rivera, Víctor Julio Ureña Rivera, Myriam Ureña Rivera Y Paula Geraldine Páez Ureña, contra: Jairo Guayara González, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES y FLOTA LOS PUERTOS LTDA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1133 del 15 de marzo de 2019, inscrito el 2 de abril de 2019 bajo el No. 00175057 del libro VIII, el Juzgado 10 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 68001-31-03-010-2019-00004-00 de: Jessica Vargas Bautista quien actúa en nombre propio y en representación de Paula Andrea Navarro Vargas, Yinet Vanessa Navarro Cujia quien actúa en nombre propio y en representación de Darwin Johan Cardenas Navarro, Wesley Thomas Cárdenas Navarro y Maximiliano Cárdenas Navarro, Roberto Navarro Contreras, Roberto Navarro Diaz, Jorge Eliecer Navarro Díaz, Carlos Arturo Navarro Díaz, Oscar Javier Navarro Diaz, Sandra Yaneth Navarro Diaz, Monica Cristina Navarro Díaz y Edwin Alejandro Navarro Fernández; contra: Sergio Alejandro Lizarazo Vertel, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 922 del 26 de marzo de 2019, inscrito el 5 de

---

abril de 2019 bajo el No. 00175138 del libro VIII, el Juzgado 13 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), comunicó que en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual de: Ana Cristina Uribe Perdomo y José Andrés Córdoba Uribe, contra: María Anabeiba Delgado González, EMPRESA DE TRANSPORTE DE TAXIS SINTRANSPUBLIC S.A., LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 981 del 09 de abril de 2019, inscrito el 23 de Abril de 2019 bajo el No. 00175633 del libro VIII, el Juzgado 12 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil No.76-001-31-03-012-2019-00040-00 de: Angie Carolina Montenegro Ceballos, Amparo Ceballos Marín y Alirio Montenegro Montilla, contra: Hugo Rengifo Leal, SURTIMARCAS INSTITUCIONAL S.A.S., y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1438 del 10 de abril de 2019, inscrito el 24 de Abril de 2019 bajo el No. 00175667 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Manizales (Caldas), comunicó que en el proceso verbal No. 17001-31-03-002-2018-00240-00 de: Fredy Yecid Calvo Zapata, Claudia Marcela Calvo Zapata, Marina del Socorro Zapata Sánchez y Jesús Alberto Calvo Castro, quienes actúan en nombre propio y en representación de la menor Deicy Gisela Calvo Zapata, contra: Víctor Hugo García Narváez, Eladio de Jesús Cadavid Muñoz, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO Y EXPRESO SIDERAL S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 01507 del 15 de mayo de 2019, inscrito el 5 de Junio de 2019 bajo el No. 00177027 del libro VIII, el Juzgado 09 Civil del Circuito De Bogotá, comunicó que en el proceso declarativo verbal No. 11001310300920190002500 de: Diana Marcela Vargas Trujillo CC. 1117525851, Yenny Paola Vargas Trujillo CC. 1117517335, Erika Vargas Trujillo CC. 1117512225, Amparo Vargas Trujillo CC. 1117499502, Enrique Vargas Victoria CC. 17641040, Luz Mery Trujillo Vargas CC. 40769802, Laura Valentina Vargas Trujillo T.I. 1117930252 representada por los señores Enrique Vargas Victoria y Luz Mery Trujillo Vargas, contra: COOPERATIVA DE TRANSPORTES VELOTAX LTDA, Rafael Aguilera González CC. 79042261, SEGUROS DEL ESTADO S.A. y LA

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1506 del 21 de mayo de 2019, inscrito el 7 de Junio de 2019 bajo el No. 00177074 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 García y otra, contra: Salomón Serrato Suarez y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 428 del 14 de junio de 2019, inscrito el 25 de Junio de 2019 bajo el No. 00177561 del libro VIII, el Juzgado 9 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Cali (Valle del Cauca), comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual, de: Jhon Fredy Bastidas Narváez CC.16.916.243, Contra: Norbey de Jesús Henao CC.16.942.347, Elvis Yamid Vargas Morales CC.10.498.792, Héctor Fabo Alba CC. 94.070.586 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 00940 del 19 de junio de 2019, inscrito el 27 de Junio de 2019 bajo el No. 00177642 del libro VIII, el Juzgado 26 Civil del Circuito De Bogotá, comunicó que en el proceso verbal No. 2018-00331 de: Fernando Vásquez Pinilla CC. 5.644.996, Gloria Inés Saavedra Mantilla CC. 30.208.404, Jaime Márquez Pinilla CC. 5.644.578 y Blanca Nieves Rueda de Márquez CC. 37.797.696, contra: Gonzalo Gómez Isaza CC. 16.400.008, Blanca Inés Lopez Buitrago CC.24.765.873, Derly Llanira García Alvarez CC. 24.731.725, y las sociedades SUATOMOVIL S.A., y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1633 del 04 de junio de 2019, inscrito el 28 de Junio de 2019 bajo el No. 00177716 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso verbal (Responsabilidad Civil Extracontractual) No. 2019-60 de: Jose Luis Saldaña Olaya, Patricia Anzola Aguirre y Julián David Saldaña, contra: CARBONES Y TRANSPORTE DE SUTATAUSA S.A.S., LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y LEASING BANCOLOMBIA S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

Mediante Oficio No. 1713 del 17 de julio de 2019, inscrito el 1 de Agosto de 2019 bajo el No. 00178804 del libro VIII, el Juzgado 44 Civil Municipal de Bogotá D.C., comunicó que en el proceso de Responsabilidad Civil No. 11001400304420190576O0 de Rafael Andres Romero Bran C.C. No. 80130474 contra BIMOTOR CONCESIONARIOS S.A.S, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y BANCOLOMBIA S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Que mediante Oficio No. 0891-19 del 12 de agosto de 2019, inscrito el 13 de Agosto de 2019 bajo el No. 00179078 del libro VIII, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Montería (Córdoba), comunicó que en el Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Contractual de Mayor Cuantía No. 23-001-31-03-001-2019-00216-00 de: Eder Luís Petro Rojas contra: INVERSIONES DE LA OSSA & ESPITIA TRANSPORTES LUZ y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1443 del 01 de abril de 2019, inscrito el 19 de Septiembre de 2019 bajo el No. 00180042 del libro VIII, el Juzgado 17 Civil del Circuito De Cali (Valle del Cauca), comunicó que en el proceso declarativo de responsabilidad civil extracontractual No. 76-001-31-03-017-2019-00038-00 de: Maria Fernanda Valencia Leiva y Otros, contra: EQUIDAD SEGUROS y Otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 2188 del 11 de septiembre de 2019, inscrito el 9 de Octubre de 2019 bajo el No. 00180529 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuido de Palmira (Valle del Cauca), comunicó que en el proceso responsabilidad civil extracontractual NO. 76 520 3103 005 2019 00148 00 de: María Elena Gallardo Camayo CC. 29.701.437, Wilson Patiño Gallardo CC. 5.994.517, Carmen Elena Patiño Gallardo CC.66.929.426, Gloria Inés Patiño Gallardo CC. 28.917.624, Hugo de Jesús Gallardo Camayo CC. 1.112.222.296, Contra: Yohn Jairo Melo Plaza CC. 16.859.286, Alexander Ipaz Pinchao CC.14.700.152, COODETRANS PALMIRA LTDA, SEGUROS LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, SOCIOS GESTORES COODETRANS PALMIRA LTDA, terceros civilmente responsables señores Miguel Antonio Zúñiga Villa e Indolfo Lozano Mejia, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1251 del 10 de octubre de 2019, inscrito el 23 de Octubre de 2019 bajo el No. 00180834 del libro VIII, el Juzgado 1

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

Civil del Circuito de Oralidad De Cali (Valle del Cauca), comunicó que en el proceso verbal- responsabilidad civil extracontractual No. 7600131030012019-00201-00 de: Sandra Milena Alvarez Viveros, Ana Melba Riveros, Daniel Alvarez Riascos, Martha Lizeth Muñoz Alvarez, Diana Patricia Alvarez Viveros, Marino Caicedo Viveros, Cilia Edith Viveros, Mercedes Gonzalez Viveros, Contra: Bryan Mosquera Montoya, Blanca Nubia Mosquera Alarcón, EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIO, TRANSPORTADORA EL PRADO LIMITADA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 2676 del 10 de septiembre de 2019 inscrito el 29 de Octubre de 2019 bajo el No. 00180972 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Ipiales (Nariño), comunicó que en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 2019-00068-00 de: Diana Yuncelly Martinez Bolaños, Contra: Jose Wilson Chacua Chalaca y Otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 3029 del 09 de septiembre de 2020, el Juzgado 9 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso de imposición de servidumbre No. 09-2020.00062-00 de: Ivan Joseph Rios Medina CC. 91.538.812 y Maria Isabel Medina Durán CC. 36.455.901, Contra: Rafael Ricardo Rivera Mendez CC. 1.063.487.951, ARCO GRUPO BANCOLDEX S.A. COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO, SBS SEGUROS COLOMBIA SA., LA EQUIDAD SEGUROS S.A. y Andres Fabian Perez Lopez CC.1.098.665.112, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 15 de Septiembre de 2020 bajo el No. 00185426 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 1811 del 23 de septiembre de 2020, el Juzgado 17 Civil del Circuito de Cali, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso Ejecutivo Singular No. 76001310301720200008600 de Hector Fabio Sastre Castaño, c.c. 1.007.689.776, Contra: Mario Fernando Diaz Torres, c.c. 94.515.349, COOPERATIVA DE TRANSPORTES CIUDAD DE YUMBO y EQUIDAD SEGUROS GENERALES, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de Octubre de 2020 bajo el No. 00185784 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 565 del 5 de octubre de 2020, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Palmira (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso Verbal No. 76520-31-03-003-2020-00049-00 de Jesus Adrián Alvarado Rativa

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

C.C. 1.007.544.671, Contra: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA PALMIRA LTDA - COOFLOPAL, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES y Rosa Oliva Pedroza Moreno C.C. 1.007.544.671, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 21 de Octubre de 2020 bajo el No. 00186060 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 0866 del 28 de octubre de 2020, el Juzgado 1 Civil Municipal de Bucaramanga (Santander), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal (responsabilidad civil extracontractual) No. J01-88001-40-03-001-2020-00210-00 de: Carlos Mario Duque CC. 71.681.735, Contra: Orlando Ruiz Guevara CC. 91.234.425, Yisela Benitez Rivero CC. 63.340.983,SOCIEDAD DE PROPIETARIOS TRANSPORTADORES FLOTAX SAS y EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de Noviembre de 2020 bajo el No. 00186370 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 0781 del 09 de noviembre de 2020, el Juzgado 11 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual No. 68001-31-03-011-2020-00183-00 de:Matilde Barajas CC 63.290.503, Edinson Fabián Suárez Barajas CC. 1.098.658.122, Yury Mayerly Oviedo Barajas CC 1.098.765.495, Contra: Arturo Chavarría Camacho CC 91.247.377, Esteban Ortiz CC 2.183.549, TRANSPORTES COLOMBIA SA., LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Oscar Yadid Mendoza Guerrero CC 1.098.780.274, Ramiro Araque Méndez CC 13.720.392, FLOTA CÁCHIRA LTDA, SBS SEGUROS SA, Jesús María Rodríguez CC 91.215.832, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de Noviembre de 2020 bajo el No. 00186489 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 972 del 10 de diciembre de 2020, el Juzgado 2 Civil Municipal en Descongestión de Yopal (Casanare), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual No. 850014003002-2019-1141 de Jose Victor Leon Bohorquez, Contra: Herber Alfonso España Aguirre CC. 17.859.329, Jairo Ernesto Prieto Rincon CC. 9.532.761, COCATRANS LTDA, EQUIDAD SEGUROS GENERALES, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 16 de Diciembre de 2020 bajo el No. 00186938 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 0018 del 19 de enero de 2021, proferido por el

---

Juzgado 13 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 22 de Enero de 2021 con el No. 00187257 del Libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 76001-31-03-013-2020-00041-00 de Paola Andrea Espinosa Trujillo y Otros, contra Diego Pineda Duque CC. 19.368.317, AUTOCORP SAS, EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

Mediante Oficio No. 036 del 18 de febrero de 2021, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Cartago (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal (R.C.E) No. 761473103002-2021-00013-00 de Dora Elena Chamorro Mafla y Cristian David Velasquez Tobón, Contra: Lucas Ayala Vanegas y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, lo cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de Febrero de 2021 bajo el No. 00187793 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 168 del 01 de marzo de 2021, el Juzgado 04 Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal (resp. civil. extrac.) No.73001-31-03-004-2020-00211-00 de María Idaly Garcia Lopez, Oscar Augusto Rodriguez Piñeros y Paola Alexandra Rodriguez Garcia, Contra: Marco Tulio Rodriguez Rodriguez, Fabian Eduardo Rodriguez Murillo, COOPERATIVA TOLIMENSE DE TRANSPORTADORES EXPRESO IBAGUE LTDA y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 4 de Marzo de 2021 bajo el No. 00187891 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 278 del 02 de marzo de 2021, el Juzgado 04 Civil Municipal de Pereira (Risaralda), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil contractual y extracontractual No. 66001-40-03-004-2020-00832-00 de Erika Yuliana Valencia Gallego RC. 1.004.779.841 y Leidy Johana Gallego Londoño CC. 42.164.049, Contra: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES y otros, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 8 de Marzo de 2021 bajo el No.00187953 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 0105-21 del 10 de marzo de 2021, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual de mayor cuantía No.

23-001-31-03-001-2020-00181-00 de Johan Andres Díaz Bermúdez CC. 1.066.745.222, Yessica Paola Díaz Bermúdez CC. 1.066.737.945, Angela María Díaz Bermúdez CC. 1.063.286.416, Inés Patricia Bermúdez Álvarez CC. 26.040.258 Contra: Eduardo Alberto David Castillo CC. 80.426.074, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 16 de Marzo de 2021 bajo el No. 00188053 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 0636 del 16 de abril de 2021, el Juzgado 01 Civil Municipal de Palmira (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual No. 76-520-40-03-001-2021-00046-00 de Guillermo Morales Ramirez CC. 13.885.426, Contra: Jhon Jairo Velasquez Montenegro CC. 16.259.568, COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES FLOTA PALMIRA, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 27 de Abril de 2021 bajo el No. 00188815 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 213 del 15 de abril de 2021, el Juzgado 03 Civil del Circuito de Yopal (Casanare), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil contractual No. 85001-31-03-003-2020-00078-00 de Hernan Dario Patiño Diaz CC. 91.505.843, COOPERATIVA MULTIACTIVA TAXIS DE AGUAZUL, Contra: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 29 de Abril de 2021 bajo el No. 00188858 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 238/2021-00056-00 del 02 de junio de 2021, el Juzgado 10 Civil del Circuito de Oralidad de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 15 de Junio de 2021 con el No. 00190195 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 76001-31-03-010-2021-00056-00 de Guillermo Pardo CC. 17314688, Contra: SOCIEDAD EMPRESA DE TRANSPORTES RIO CALI SA, SOCIEDAD VALLECAUCANA DE TRANSPORTES SAS, SOCIEDAD LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

Mediante Oficio No. 424 del 02 de febrero de 2021 proferido por el Juzgado 5 Civil del Circuito de Cali (Valle Del Cauca), inscrito el 2 de Agosto de 2021 con el No. 00190983 del libro VIII, se comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil No.

760013103005-2020-00159-00 de Consuelo Dorado y otros, Contra: Jose Leonardo Hoyos Meneses y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 392 del 27 de julio de 2021 proferido por el Juzgado 5 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), inscrito el 5 de Agosto de 2021 con el No. 00191025 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal No. 68001-31-03-005-2021-00046-00 de Leonardo Daniel Meza y Otros, Contra: Pedro Elias Cardenas Jaime y Otros.

Mediante Oficio No. 388 del 18 de agosto de 2021, el Juzgado Civil Laboral del Circuito de Caucasia (Antioquia), inscrito el 6 de Septiembre de 2021 con el No. 00191489 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal - RCE No. 05154 31 12 001 2021 00124 00 de Ricardo Alfonso Peña Bejarano CC. 19.378.790, Contra: Johan Romero Pacheco CC. 1.040511.295, Jorge Aníbal Henao Henao CC. 7.001.619, TRASMILENIO M&J SAS, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES.

Mediante Oficio No. 451 del 17 de septiembre de 2021, el Juzgado Civil Laboral del Circuito de Caucasia (Antioquia), inscrito el 6 de Octubre de 2021 con el No. 00192038 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal RCE No. 05 154 31 12 001 2021 00149 00 de Fader Antonio Ramos Aparicio CC. 98.655.664 y Ludys Mariela Romero Baldovino CC. 1.045.137.917, Contra: Jorge Aníbal Henao Henao, TRASMILENIO M&J SAS y otros.

Mediante Oficio No. 502 del 27 de octubre de 2021, el Juzgado Civil del Circuito de Aguachica (Cesar), inscrito el 9 de Noviembre de 2021 con el No. 00193039 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 20-011-31-03-001-2021-00149-00 de Jose Segundo Rodríguez Martínez CC. 19.603.106, Sidia Carelis Guerra Cierra CC. 1.045.671.033 y otros, Contra: Carmen Lorena Villegas CC. 1.062.813.980, Héctor Javier Bonilla CC. 1.049.372.675 y EQUIDAD SEGUROS.

Mediante Oficio No. 379 del 18 de noviembre de 2021, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Sincelejo (Sucre), inscrito el 29 de Noviembre de 2021 con el No. 00193607 del libro VIII, ordenó la inscripción de

---

la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal - R.C.E por muerte en accidente de transito No. 700013103002-2021-00018-00 de Eduan De Jesus Romero Jimenez CC. 9.286.140 y Martha Inés Marriaga De Halo CC.30.774.883 (Padres de la Fallecida), Fallecida: Cinthia Estefany Romero Marriaga, Contra: INVERSIONES TRANSPORTES GONZALEZ SCA y Kennis Divis Perilla Gaviria CC. 92.539.628, Huber Jose Gonzalez Salcedo CC. 92.501.384, Llamado en garantía LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.

Mediante Oficio No. 1911 del 7 de diciembre de 2021, el Juzgado 4 Civil del Circuito de Montería (Córdoba) inscrito el 10 de Diciembre de 2021 con el No. 00193895 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso ejecutivo singular No. 23-001-31-03-004-2021-00241-00 de Robin Segundo Perna Sejin C.C. 12.566.879, Ana Milena Galvan Peinado C.C. 22.705.244, Daniela Maury Galvan C.C. 1.067.955.844 y Lisney Maury Galvan C.C. 1.067.945.602 Contra: Jhony Alexis Poveda Casas C.C. 80.112.167, Daniela Puerta Giraldo C.C. 1.001.940.807 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

Mediante Oficio No. 018 del 26 de enero de 2022, el Juzgado Civil del Circuito de Lorica (Córdoba), inscrito el 4 de febrero de 2022 con el No. 00195301 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso demanda verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23417310300120220004 De Lucio Jose Cantero Llorente CC.78075507, y otros, contra EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERRATIVO, Yeison Manuel Villegas Florez CC. 1067936306, Julia Del Carmen Ibañez CC. 25760218, Camilo Ernesto Ensuncho Hoyos CC. 10782999, ARANSUA S.A.S., TRANSPORTE Y TURISMO MP S.A.S.

Mediante Oficio No. 048 del 7 de febrero de 2022, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), inscrito el 12 de Febrero de 2022 con el No. 00195473 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal R.C.E No. 68001-31-03-005-2021-00270-00 de Fabio Andres Navarro Cujia C.C. 1.005.335.319, Contra: Sergio Alejandro Lizarazo Vertel C.C. 13.873.880 y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES.

Mediante Oficio No. 818 del 15 de octubre de 2020, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), inscrito el 5 de Abril de 2022 con el No. 00196664 del libro VIII, ordenó la inscripción de la

---

demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 230013103002-2020-00114-00 de Guillermo Enrique Martinez de Avila C.C. 9074626 y otros, Contra: Dolyrenis Carrascal Bolaños C.C. 25786652, TRANSPORTES GÓMEZ HERNÁNDEZ S.A. NIT: 890902872-6, EQUIDAD SEGUROS O.C NIT 860028415-5 y otros.

Mediante Oficio No. 0181-22 del 16 de marzo de 2022, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), inscrito el 6 de Abril de 2022 con el No. 00196732 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal De Responsabilidad Civil Extracontractual De Mayor Cuantía No. 23-001-31-03-001-2020-00175-00 de Andres Ramon Cavadia Padilla C.C. 30668719, Contra: INVERSIONES TRANSPORTES GONZÁLEZ SCA NIT 890400511-8, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES NIT 860028415-5, Jaime Paternina Guerra C.C. 6876374, Jaime Alfonso Martínez Montiel C.C. 10771823.

Mediante Oficio No. 266 del 9 de mayo de 2022, el Juzgado 3 Civil Municipal de Tuluá (Valle Del Cauca), inscrito el 13 de Mayo de 2022 con el No. 00197366 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal No. 76-834-40-03-003-2022-00003-00 de Nilsa Victoria Ayala C.C. 38794781, Contra: Erika Lorena Cadavid Rodríguez C.C. 38794781 y otros.

Mediante Oficio No. 233 del 1 de junio de 2022, el Juzgado 2 Civil del Circuito Tuluá- Valle del Cauca, inscrito el 17 de Junio de 2022 con el No. 00197974 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 76-834-31-03-002-2022-00100-00 de Gustavo Olaya Vargas C.C. 94.365.004, Contra: Jhon Jairo Ibarra Lerma C.C. 1.116.432.818, Jorge Mejia Atencia C.C. 16.363.885, COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE TULUA NIT. 891.900.254-9, y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO NIT. 860.028.415-5.

Resolución No. 689 del 3 de junio de 1970, inscrita el 18 de julio de 1995 bajo el No. 501.106 del libro IX, la Superintendencia Nacional de Cooperativas le reconoce personería jurídica a la sociedad "SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO".

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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 indefinida.

OBJETO SOCIAL

Tiene como objetivo especializado del acuerdo cooperativo, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES tiene como objetivo especializado del acuerdo cooperativo, dentro del propósito expuesto en el artículo anterior, satisfacer las necesidades de protección de las personas asociadas y de las que s en a la el presente estatuto, mediante servicios de seguros generales que amparen a las personas, bienes y actividades frente a eventuales riesgos con la finalidad de brindar tranquilidad, confianza y bienestar a los protegidos y beneficiarios del servicio, que será prestado en condiciones óptimas de economía, agilidad, organización administrativa, eficiencia técnica y respaldo financiero. Enumeración de actividades. Para cumplir su propósito y alcanzar su objeto la equidad seguros generales podrá realizar las siguientes actividades: 1). Celebrar y ejecutar, toda clase de contratos de seguros, reaseguros y coaseguros los que se regirán por disposiciones propias de estas modalidades contractuales. 2). Administrar fondos de previsión y seguridad social que las disposiciones legales facultan a las entidades aseguradoras. 3). Conceder préstamos a sus entidades asociadas dentro de los marcos legales vigentes. 4). Efectuar las inversiones que requiera el cumplimiento de su objeto social dentro de las disposiciones legales vigentes. 5). Crear instituciones de naturaleza solidaria, tanto a nivel nacional como internacional, orientadas al cumplimiento de actividades de fortalecimiento del sector cooperativo o a proporcionar el apoyo y ayuda necesarios para facilitar el mejor logro de los propósitos y actividades económicas y sociales de la equidad seguros generales. 6). Celebrar convenios con organizaciones nacionales o extranjeras, para procurar el mejor cumplimiento de sus objetivos y actividades o para ofrecer servicios diferentes a los establecidos en el objetivo especializado del acuerdo cooperativo. 7). Realizar en forma directa o indirecto todo tipo de actividades permitidas por la ley que se relacionen con el desarrollo de los objetivos sociales. 8). Actuar como entidad operadora para la

---

realización de libranza o descuento directo relacionados específicamente con primas de seguros en forma como lo establezca la Ley. Amplitud administrativa y de operaciones para cumplir sus objetivos y adelantar sus actividades, la equidad puede organizar, tanto en el país como en el exterior, todos los establecimientos y dependencias administrativas que sean necesarios y realizar toda clase de operaciones, actos, contratos y demás negocios jurídicos lícitos que se relacionen con el desarrollo de sus actividades y el cumplimiento de sus objetivos. Intermediación el a contratación de seguros la equidad procurara realizar directamente la contratación de los diversos seguros que tiene establecidos. No obstante, si resultare necesario o conveniente, podrá colocar pólizas de seguros con el concurso de intermediarios debidamente autorizados por el organismo gubernamental competente y que cumplan las demás condiciones reglamentarias que pueda establecer la Junta de Directores. Prestación de servicios al público no afiliado la equidad seguros generales cumplirá la actividad aseguradora principalmente en interés de sus propios asociados y de la comunidad vinculada a ellos. Sin perjuicio de lo previsto en el inciso anterior, la equidad seguros generales extenderá la prestación de sus servicios al público en general y en tal caso los excedentes que se obtengan por estas operaciones, serán llevados a un fondo social no susceptible de repartición.

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

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

No. de acciones : 0,00
Valor nominal : $0,00

El monto mínimo de aportes sociales será de: $5.600.000.000,00 moneda corriente, el cual no será reducible durante la existencia de la equidad.

NOMBRAMIENTOS

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Orlando Cespedes Camacho	C.C. No. 000000013825185
Segundo Renglon	Yolanda Reyes Villar	C.C. No. 000000041662345
Tercer Renglon	Hamer Antonio Zambrano Solarte	C.C. No. 000000098145605
Cuarto Renglon	Carlos Julio Mora Peñaloza	C.C. No. 000000005525250
Quinto Renglon	Omaira Del Socorro Duque Alzate	C.C. No. 000000043027184
Sexto Renglon	Juan Antonio Reales Daza	C.C. No. 000000018935299
Septimo Renglon	Armando Cuellar Arteaga	C.C. No. 000000012107769
Octavo Renglon	Miguel Alexander Saenz Herrera	C.C. No. 000000080226856
Noveno Renglon	Hector De Jesus Londoño Londoño	C.C. No. 000000006558269

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Dora Yaneth Otero Santos	C.C. No. 000000037890484
Segundo Renglon	Miller Garcia Perdomo	C.C. No. 000000011380793
Tercer Renglon	Edixon Tenorio Tenorio	C.C. No. 000000016353591

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

	Quintero	
Cuarto Renglon	Martha Isabel Velez Leon	C.C. No. 000000060368716
Quinto Renglon	Luis Fernando Florez Rubianes	C.C. No. 000000070054789
Sexto Renglon	Aura Elisa Becerra Vergara	C.C. No. 000000028253430
Septimo Renglon	Hector Solarte Rivera	C.C. No. 000000016882819
Octavo Renglon	Nury Marleni Herrera Arenales	C.C. No. 000000063390237
Noveno Renglon	Victor Henry Kuhn Naranjo	C.C. No. 000000019179986

Por Acta No. 56 del 20 de abril de 2018, de Asamblea General, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de junio de 2018 con el No. 00031312 del Libro XIII, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Orlando Cespedes Camacho	C.C. No. 000000013825185
Segundo Renglon	Yolanda Reyes Villar	C.C. No. 000000041662345
Tercer Renglon	Hamer Antonio Zambrano Solarte	C.C. No. 000000098145605
Cuarto Renglon	Carlos Julio Mora Peñaloza	C.C. No. 000000005525250
Quinto Renglon	Omaira Del Socorro Duque Alzate	C.C. No. 000000043027184
Septimo Renglon	Armando Cuellar Arteaga	C.C. No. 000000012107769
Octavo Renglon	Miguel Alexander Saenz Herrera	C.C. No. 000000080226856
Noveno Renglon	Hector De Jesus Londoño Londoño	C.C. No. 000000006558269

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Dora Yaneth Otero Santos	C.C. No. 000000037890484
Segundo Renglon	Miller Garcia Perdomo	C.C. No. 000000011380793
Tercer Renglon	Edixon Tenorio Tenorio Quintero	C.C. No. 000000016353591
Cuarto Renglon	Martha Isabel Velez Leon	C.C. No. 000000060368716
Septimo Renglon	Hector Solarte Rivera	C.C. No. 000000016882819
Octavo Renglon	Nury Marleni Herrera Arenales	C.C. No. 000000063390237
Noveno Renglon	Victor Henry Kuhn Naranjo	C.C. No. 000000019179986

Por Acta No. 57 del 12 de abril de 2019, de Asamblea de Delegados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 17 de junio de 2019 con el No. 00031615 del Libro XIII, se designó a:

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Quinto Renglon	Luis Fernando Florez Rubianes	C.C. No. 000000070054789

Por Acta No. 61 del 30 de abril de 2021, de Asamblea General, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de noviembre de 2021 con el No. 00032124 del Libro XIII, se designó a:

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Sexto Renglon	Aura Elisa Becerra Vergara	C.C. No. 000000028253430

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

Por Acta No. 58 del 26 de junio de 2020, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de noviembre de 2021 con el No. 00032131 del Libro XIII, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Sexto Renglon	Juan Antonio Reales Daza	C.C. No. 000000018935299

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 56 del 20 de abril de 2018, de Asamblea de Delegados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 28 de octubre de 2020 con el No. 00031922 del Libro XIII, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	DELOITTE & TOUCHE LTDA	N.I.T. No. 000008600058134

Por Documento Privado del 14 de julio de 2020, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de noviembre de 2020 con el No. 00031947 del Libro XIII, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Nancy Sorany Reyes Gil	C.C. No. 000000052533743 T.P. No. 90088-T

Por Documento Privado del 8 de abril de 2021, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de abril de 2021 con el No. 00032026 del Libro XIII, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Juan Carlos Sanchez Niño	C.C. No. 000000079158859 T.P. No. 142082-T

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

PODERES

Por Escritura Pública No. 1040 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 18 de agosto de 2017, inscrita el 14 de Enero de 2020 bajo el número 00031774 del libro XIII, compareció CARLOS EDUARDO ESPINOSA COVELLI, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.242.457, quien obra como representante legal suplente de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a la abogada DIANA PEDROZO MANTILLA, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 1.095.907.192 y portadora de la tarjeta profesional No. 240.753 del Consejo Superior de la Judicatura, para que represente a los organismos cooperativos aludidos en las actuaciones señaladas en el presente documento en el siguiente numeral y limitado territorialmente a los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de apoderada judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos: A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público del orden nacional, departamental y/o municipal que se encuentren en los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. B. Representar a los organismos cooperativos ante los organismos de inspección, vigilancia y control, que se encuentren en los departamentos descritos en el literal anterior. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que la entidad sea demandada directamente o llamada en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control, de los departamentos mencionados en el literal a. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones

judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que Diana Pedrozo Mantilla queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

Por Escritura Pública No. 623 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 21 de mayo de 2019, inscrita el 14 de Enero de 2020 bajo el número 00031776 del libro XIII, compareció NESTOR RAUL HERNÁNDEZ OSPINA, identificado con Cédula de Ciudadanía número 94.311.640, quien obra como representante legal suplente de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al señor JUAN DAVID URIBE RESTREPO, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 1.130.668.110 y Tarjeta Profesional número 204176, para que en su carácter de Abogado de la Agencia de Cali y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., represente a los organismos cooperativos aludidos en los departamentos de Valle del Cauca, Cauca y Pasto, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público del orden nacional, departamental y/o municipal que se encuentren en los departamentos de Valle del Cauca, Cauca y Pasto. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en los departamentos descritos en el literal anterior. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de los departamentos mencionados en el literal a. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de la ciudad y los departamentos mencionados en el literal a. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o

propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que Juan David Uribe Restrepo queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 1464 de la Notaría 10 de Bogotá D.C. del 15 de noviembre de 2019, inscrita el 29 de Enero de 2020 bajo el registro No 00031785 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernandez Ospina, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de presidente ejecutivo de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, a la señora Luisa Fernanda Sanchez Zambrano, identificada con Cédula de Ciudadanía número 1.104.863.398, y tarjeta profesional número 285163, para que en su carácter de Abogada de la Agencia de Barranquilla y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., represente a los organismos cooperativos aludidos, en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Guajira, Magdalena, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Sucre, y Cesar, departamentos de la costa norte del país, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. SEGUNDO: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Guajira, Magdalena, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Sucre, y Cesar, departamentos de la costa norte del país. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en los departamentos descritos en el litera anterior. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía

---

que se realicen ante las autoridades judiciales de los departamentos mencionados en el literal a. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de la ciudad y los departamentos mencionados en el literal a. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. F. En general queda facultado(a) para interponer, cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. TERCERO: Que Luis Fernanda Sanchez Zambrano, queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 1357 de la Notaría 10 de Bogotá D.C. del 25 de octubre de 2017, inscrita el 29 de Enero de 2020 bajo el registro No 00031786 del libro XIII, compareció Carlos Eduardo Espinosa Covelli, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.242.457, en su calidad de representante legal suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, al abogado Víctor Andres Gomez Angarita, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 80.795.250 y portador de la tarjeta profesional número 174.721 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en su carácter de apoderada judicial, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de apoderado judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público del orden nacional, departamental y/o municipal en el territorio Colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos antes los organismos de inspección, vigilancia y control. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y

---

administrativas, en los que la entidad sea demandada directamente o llamada en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio Colombiano. D. Representar a los organismos cooperativos a las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. F. En general queda facultado(a) para interponer, cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que Víctor Andres Gomez Angarita, queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

Por Escritura Pública No. 126 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 07 de febrero de 2020, inscrita el 17 de febrero de 2020 bajo el registro 00031799 del libro V, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía número 94.311.640., en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, al la abogada Maria del Pilar Valencia Bermudez identificada con cedula de ciudadanía Nro. 1.053.789.348 y Tarjeta Profesional Nro. 218.461, para que en su carácter de abogada de la agencia Medellín, de la dirección legal corporativa y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo A. Representar a los organismos cooperativos ante, las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional,

---

departamental y/o municipal, para todo el departamento de Antioquia y el eje cafetero, esto es, los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío, el Norte y Oriente del Valle del Cauca. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección, vigilancia y control, que se encuentren en los departamentos descritos en el literal anterior. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en los departamentos de Antioquia y el eje cafetero, esto es, los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío, el Norte y Oriente del Valle del Cauca. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control en los departamentos de Antioquia y el eje cafetero, esto es, los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío, el Norte y Oriente del Valle del Cauca. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promueva o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo; hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del poderdante. F. En general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que Maria del Pilar Valencia Bermudez queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 125 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 07 de febrero de 2020, inscrita el 17 de febrero de 2020 bajo el registro 00031801 del libro V, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina , identificado con cédula de ciudadanía número 94.311.640., en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, al abogada externo Jorge Mario Aristizabal Giraldo identificado con cédula de ciudadanía Nro. 4.582.281 y Tarjeta Profesional Nro. 118.812, para que en su carácter de abogado externo de las

---

aseguradoras, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo a. Representar a los organismos cooperativos ante, las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el eje cafetero del país, en los departamentos de: Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, la subregión del suroeste del departamento de Antioquia, el Norte y Oriente del Valle del Cauca. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección, vigilancia y control. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el eje cafetero del país, esto es, en los departamentos de: Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, la subregión del suroeste del departamento de Antioquia, el Norte y Oriente del Valle del Cauca. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control del eje cafetero del país, esto es, en los departamentos de: Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, la subregión del suroeste del departamento de Antioquia, el Norte y Oriente del Valle del Cauca. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promueva o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo; hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del poderdante. f. En general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que Jorge Mario Aristizabal Giraldo queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 124 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 7

---

de febrero de 2020, inscrita el 9 de marzo de 2020 bajo el registro No 00031817 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante legal, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al Abogado Suarez Urrego Luis Alberto identificado con cédula ciudadanía No. 1.032.405.996, y tarjeta profesional número 214.654, para que en su carácter de Director Legal judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de la Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección vigilancia y control. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. E. notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de proceso especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer formulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. F. en general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden.

Por Escritura Pública No. 123 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 7 de febrero de 2020, inscrita el 9 de marzo de 2020 bajo el registro No 00031820 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

---

identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante legal en la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al Representante legal de la Firma OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS E HIJOS ABOGADOS S.A.S. sigla OMP ABOGADOS, identificada con NIT: 900.710.007-2, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el Territorio Colombiano, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren en todo el Territorio colombiano. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de todo el territorio colombiano. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de todo el territorio colombiano. E. notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de proceso especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. F. en general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la firma OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS E HIJOS ABOGADOS S.A.S. sigla OMP ABOGADOS queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesionales del derecho para que lleven(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General en todo caso, estos

profesionales deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la Firma OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS E HIJOS ABOGADOS S.A.S. sigla OMP ABOGADOS, reservándole la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 415 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 28 de mayo de 2020, inscrita el 8 de julio de 2020 bajo el registro No 00031857 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640 en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al abogado Enrique Laurens Rueda identificado con cédula ciudadanía No. 80.064.332, y Tarjeta Profesional No. 117.315, para que en su carácter de Abogado Externo de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo, represente a los organismos cooperativos aludidos en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren a nivel nacional. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren a nivel nacional. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía, que se realicen ante las autoridades judiciales a nivel nacional D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho de litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para

---

interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que el Abogado Enrique Laurens Rueda queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 414 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 28 de mayo de 2020, inscrita el 8 de julio de 2020 bajo el registro No 00031862 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de representante legal suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Carlos Andrés Mejía Arias, identificado con cédula ciudadanía No. 79.746.677 para que, en su carácter de Gerente Nacional de Indemnizaciones, únicamente por el tiempo que ocupe el cargo en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de Gerente Nacional de Indemnizaciones para los siguientes asuntos específicos y exclusivos. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público del orden nacional, departamental y/o municipal en todo el Territorio Colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos ante los organismos de inspección, vigilancia y control. C. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de pólizas expedidas por La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. D. Suscribir en nombre de la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, contratos de compraventa sobre automotores, así como su respectivo traspaso. E. Otorgar poderes y cesión de derechos para adelantar trámites ante autoridades de tránsito a nivel nacional. F. Otorgar poderes a personas naturales o jurídicas para la obtención y entrega de vehículos de propiedad de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, ante autoridades de tránsito, juzgados penales, fiscalías, entidades judiciales, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y cualquier otra autoridad competente o persona que tenga en poder vehículos de propiedad de la mencionada Cooperativa. G Presentar derechos de petición o cualquier otra solicitud ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades

descentralizadas y privadas respecto del cobro de impuestos de vehículos que figuren a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. H. Notificarse de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que estén relacionadas con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. I. Presentar los recursos a que haya lugar en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. J. Realizar las gestiones necesarias para el levantamiento de medidas cautelares en procesos coactivos por el pago de impuestos de vehículos a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. K. Otorgar poder para notificarse y presentar recursos en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. Que Carlos Andrés Mejía Arias queda ampliamente facultado para cumplir su gestión en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 702 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 13 de agosto de 2020, inscrita el 2 de septiembre de 2020 bajo el número 00031902 del libro XIII, compareció Néstor Raúl Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante Legal Suplente de la sociedad de la referencia y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Claudia Jimena Lastra Fernández, identificada con cédula de ciudadanía número 28.554.926 y Tarjeta Profesional No. 173.702, para que en su carácter de Abogada de la Dirección Legal Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal en todo el territorio colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de

---

inspección, vigilancia y control, en todo el territorio colombiano. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en todo el territorio colombiano. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que Claudia Jimena Lastra Fernández queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

Por Escritura Pública No. 703 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 13 de agosto de 2020, inscrita el 2 de septiembre de 2020 bajo el número 00031903 del libro XIII, compareció Néstor Raúl Hernández Ospina, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante Legal Suplente de la sociedad de la referencia y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al Representante Legal de la firma DIANA LESLIE BLANCO ESTUDIO JURÍDICO S.A.S., identificada con NIT. 901.071.559-7, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca, para los efectos establecidos en el siguiente numeral: Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la sociedad DIANA LESLIE BLANCO ESTUDIO JURÍDICO S.A.S., queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General en todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad DIANA LESLIE BLANCO ESTUDIO JURÍDICO S.A.S., reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 708 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 14 de agosto de 2020, inscrita el 2 de septiembre de 2020 bajo el número

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

00031904 del libro XIII, compareció Néstor Raúl Hernández Ospina, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante Legal Suplente de la sociedad de la referencia y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al Representante Legal de la firma PEÑA ARANGO ABOGADOS S.A.S., identificada con NIT. 900750506-7, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en los departamentos de Santander y Norte de Santander, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en los departamentos de Santander y Norte de Santander. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en los departamentos de Santander y Norte de Santander. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de los departamentos de Santander y Norte de Santander. D. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de los departamentos de Santander y Norte de Santander. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. F. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal

---

de la sociedad PEÑA ARANGO ABOGADOS S.A.S., queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General en todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad PEÑA ARANGO ABOGADOS S.A.S., reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 1016 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 14 de octubre de 2020, inscrita el 28 de octubre de 2020 bajo el registro No 00031924 del libro XIII, compareció Ricardo Saldarriaga Gonzalez identificado con cédula de ciudadanía No. 71.766.825 en su calidad de Representante Legal Suplente, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Kennia Ruth Gutiérrez Ramírez identificada con cédula de ciudadanía No. 1.072.663.368, con Tarjeta profesional No. 269.840 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su carácter de Coordinador(a)de la Gerencia de Indemnizaciones y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal en el territorio colombiano. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, en los que la entidad sea convocada, demandada directamente o llamada en garantía y que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano, con el ánimo de dirimir los asuntos que se ventilen en las mismas y asumir la defensa de las aseguradoras. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel, nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo

---

judicial y administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan, que se ventilen ante las autoridades judiciales, administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición, ante los entes de control a nivel nacional y fiscalías. g. Interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales, entidades gubernamentales, entidades descentralizadas del mismo orden, y ante los entes de inspección, vigilancia y control. h. Suscribir escritos de solicitud de reprogramación de audiencias y excusas de inasistencia a los diferentes procedimientos extrajudiciales. i. Suscribir y firmar contratos de transacción con tomadores, asegurados y beneficiarios hasta el nivel de su facultad para el pago de indemnizaciones. j. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de pólizas expedidas por La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. k. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración promovidas por los tomadores, asegurados y/o beneficiarios. l. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. m. Formular derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. Que Kennia Ruth Gutiérrez Ramírez queda ampliamente facultado(a) para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

Por Escritura Pública No. 1020 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 15 de octubre de 2020, inscrita el 29 de octubre de 2020 bajo el registro No 00031935 del libro XIII, compareció Ricardo Saldarriaga Gonzalez identificado con cédula de ciudadanía No. 71.766.825 en su calidad de Representante Legal Suplente, por medio de la presente

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

Escritura Pública, confiere poder general a Camilo Andrés Moreno Salamanca identificado con cédula de ciudadanía No. 93.299.776, para que en su carácter de Coordinador(a) de la Gerencia de Indemnizaciones y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGÁNISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Suscribir y firmar contratos de transacción con tomadores, asegurados y beneficiarios hasta el nivel de su facultad para el pago de indemnizaciones. b. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de pólizas expedidas por La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. c. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración promovidas por los tomadores, asegurados y/o beneficiarios. d. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. e. Suscribir en nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, contratos de compraventa sobre automotores, así como su respectivo traspaso: f. Otorgar poderes y cesión de derechos para adelantar trámites ante autoridades de tránsito a nivel nacional. g. Otorgar poderes a personas naturales o jurídicas para la obtención entrega de vehículos de propiedad de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, ante autoridades de transito juzgados penales, fiscalías, entidades judiciales, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y cualquier otra autoridad competente o persona que tenga en poder vehículos de propiedad de la mencionada Cooperativa. h. Presentar derechos de petición o cualquier otra solicitud ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas respecto del cobro de impuestos de vehículos que figuren a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. i. Notificarse de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que estén relacionadas con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. j. Presentar los recursos a que haya lugar en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

Generales Organismo Cooperativo. k. Realizar las gestiones necesarias para el levantamiento de medidas cautelares en procesos coactivos por el pago de impuestos de vehículos a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. i. Otorgar poder para notificarse y presentar recursos en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. Que Camilo Andrés Moreno Salamanca queda ampliamente facultado(a) para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión.

Por Escritura Pública No. 917 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 28 de septiembre de 2020, inscrita el 28 de Octubre de 2020 bajo el registro No 00031925 del libro XIII, compareció Ricardo Saldarriaga Gonzalez identificado con cédula de ciudadanía No. 71.766.825 en su calidad de Representante Legal Suplente, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Franklin José García Hernández identificado con cédula de ciudadanía No. 93.456.123, y Tarjeta Profesional No. 318.966 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su carácter de Coordinador(a) de la Gerencia de Indemnizaciones y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición, ante los entes de control a nivel nacional y fiscalías. b. Interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales, entidades gubernamentales, entidades descentralizadas del mismo orden, y ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Suscribir escritos de solicitud de reprogramación de audiencias y excusas de inasistencia a los diferentes procedimientos extrajudiciales. d. Suscribir y firmar contratos de transacción con tomadores, asegurados y beneficiarios hasta el nivel de su facultad para el pago de indemnizaciones. e. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de

---

pólizas expedidas por La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: f. Contestar derechos de petición y solicitud de reconsideración promovidas por los tomadores, asegurados y/o beneficiarios. g. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. h. Formular derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. Que Franklin José García Hernández, queda ampliamente facultado(a) para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

Por Escritura Pública No. 912 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 25 de septiembre de 2020, inscrita el 28 de octubre de 2020 bajo el registro No 00031931 del libro XIII, compareció Ricardo Saldarriaga Gonzalez identificado con cédula de ciudadanía No. 71.766.825 en su calidad de Representante Legal Suplente, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Edward Rodríguez Díaz identificado con cédula de ciudadanía No. 1.030.532.557,para que en su carácter de Coordinador(a) de la Gerencia de Indemnizaciones y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición, ante los entes de control a nivel nacional y fiscalías. b. Interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales, entidades gubernamentales, entidades descentralizadas del mismo orden, y ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Suscribir escritos de solicitud de reprogramación de audiencias inasistencia a los diferentes procedimientos extrajudiciales. d. Suscribir y firmar contratos de transacción con tomadores, asegurados y beneficiarios hasta el nivel de su facultad para el pago de indemnizaciones. e. Objetar

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

---

reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores, asegurados, beneficiarios y/o terceros reclamantes de pólizas expedidas por La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo. f. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración promovidas por los tomadores, asegurados y/o beneficiarios. g. Contestar derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. h. Formular derechos de petición y solicitudes de reconsideración ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas. i. Suscribir en nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, contratos de compraventa sobre automotores, así como su respectivo traspaso. j. Otorgar poderes y cesión de derechos para adelantar trámites ante autoridades de tránsito a nivel nacional. k. Otorgar poderes a personas naturales o jurídicas para la obtención y entrega de vehículos de propiedad de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, ante autoridades de tránsito, juzgados penales, fiscalías, entidades judiciales, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y cualquier otra autoridad competente o persona que tenga en poder vehículos de propiedad de la mencionada Cooperativa. l. Presentar derechos de petición o cualquier otra solicitud ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental y municipal, entidades descentralizadas y privadas respecto del cobro de impuestos de vehículos que figuren a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. m. Notificarse de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que estén relacionadas con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. n. Presentar los recursos a que haya lugar en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. o. Realizar las gestiones necesarias para el levantamiento de medidas cautelares en procesos coactivos por el pago de impuestos de vehículos a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. p. Otorgar poder para notificarse y presentar recursos en contra de las resoluciones expedidas por autoridades administrativas y que tengan que ver con el pago de impuestos de vehículos automotores a nombre de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. Que Edward Rodríguez Díaz queda ampliamente facultado(a) para cumplir su gestión de representación en

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

---

los asuntos indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión.

Por Escritura Pública No. 1118 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 30 de octubre de 2020, inscrita el 24 de Noviembre de 2020 bajo el registro No 00031949 del libro XIII, compareció Néstor Raúl Hernández Ospina identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640, en su calidad de Representante Legal, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Nubia Patricia Verdugo Martin identificada con cédula ciudadanía No. 39.760.452 y Tarjeta Profesional No. 144.372-D1 de Bogotá D.C., para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de la Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. b. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. c. Objetar reclamaciones de seguros, provenientes de tomadores asegurados, beneficiarios y terceros reclamantes de pólizas expedidas por La Equidad Seguros.

Por Escritura Pública No. 1293 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 26 de noviembre de 2020, inscrita el 14 de Diciembre de 2020 bajo el registro No 00031964 del libro XIII, compareció Nestor Raúl Hernández Ospina identificado con cédula de ciudadanía No. 94.311.640 en su calidad de presidente ejecutivo, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general al representante legal de la firma LEGAL RISK CONSULTING SAS, identificada con Nit. 901.411.198-1, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos él siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de la LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes

---

de inspección y control, que se encuentren en todo el territorio nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de todo el territorio, nacional. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional, e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que el Representante Legal de la sociedad LEGAL RISK CONSULTING SAS queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar a otro(s) profesional(es) del derecho para que lleven(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General en todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad LEGAL RISK CONSULTING SAS, reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 025 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 15 de enero de 2021, inscrita el 22 de Enero de 2021 bajo el número 00031989 del libro XIII, compareció Néstor Raul Hernández Ospina, identificado con cédula de ciudadanía número 94.311.640, quien obra como Presidente Ejecutivo de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO la cual podrá identificarse también con la denominación alternativa LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, entidad identificada con NIT 860.028.415-5 y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO la cual podrá identificarse también con la denominación alternativa LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA entidad identificada con NIT 830.008.686-1, por medio de la presente Escritura Pública, declaró:

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

Primero: Que confiere poder general al señor Jorge Elías Meza Villamizar identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 1.082.976.184, y Tarjeta Profesional número 311.924, para que en su carácter de Abogado Externo de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO, represente a los organismos cooperativos aludidos en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Qué el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren a nivel nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren a nivel nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía, que se realicen ante las autoridades judiciales a nivel nacional. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje y amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arregló, hacer ofertas conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero. Que el Abogado Jorge Elías Meza Villamizar queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 984 del 26 de mayo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 18 de Junio de 2021, con el No. 00032065 del libro XIII, la persona

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

---

jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a la sociedad JUAN CAMILO ARANGO RIOS ABOGADOS SAS, identificada con el Nit No. 900.856.769-3, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO. A. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio nacional. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en todo el territorio nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en todo el territorio nacional. d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control en todo el territorio nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que el Representante Legal de la sociedad JUAN CAMILO ARANGO RIOS ABOGADOS SAS queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público. Adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleven(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad JUAN CAMILO ARANGO RIOS ABOGADOS SAS, reservándose la

---

facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 986 del 26 de mayo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 24 de Junio de 2021, con el No. 00032067 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S, identificada con N.I.T. 901.058.885-1, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en todo el territorio nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en todo el territorio nacional d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control en todo el territorio nacional e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la sociedad LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

---

adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleven(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad LTR ABOGADOS CONSULTORES S.A.S, reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 1137 del 16 de junio de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 30 de Junio de 2021, con el No. 00032073 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general al representante legal de la firma MYM ABOGADOS LTDA. Identificada con NIT 900.933.737-8 con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio nacional. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en todo el territorio nacional. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en todo el territorio nacional d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control en todo el territorio nacional e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos

consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la sociedad MYM ABOGADOS LTDA queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en este instrumento público. Adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleven(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad MYM ABOGADOS LTDA, reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal (es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 1193 del 20 de septiembre de 2019, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 2 de Agosto de 2021, con el No. 00032089 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general a Astrid Johanna Cruz, identificada con la cédula de ciudadanía No. 40.186.973, y Tarjeta Profesional número 159016, para que, en su carácter de Abogado, represente a los organismos cooperativos aludidos, en los departamentos de Meta y Casanare, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en los departamentos de Meta y Casanare. b. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren en los departamentos descritos en el literal anterior c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales de los departamentos mencionados en el literal a d. Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de la ciudad y los departamentos mencionados en el literal a. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse. disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o

administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las Aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. f. En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que la doctora Astrid Johanna Cruz queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público.

Por Escritura Pública No. 1428 del 16 de julio de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 3 de Agosto de 2021, con el No. 00032090 del libro IX, la persona jurídica confirió poder general al Representante Legal de la firma GOMEZ VELEZ ABOGADOS SAS, identificada con el Nit. No. 901.249547-5, con amplias facultades como en Derecho se requiere, para que pueda representar a los Organismos Cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el territorio nacional, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que citado el poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO: a.- representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el territorio nacional. b.- Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control que se encuentren en todo el territorio nacional. c.- Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, el los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en todo el territorio nacional d.- Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control en todo el territorio nacional e.- Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo

judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer formulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f.- En general queda facultado(a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Tercero: Que el Representante Legal de la sociedad GOMEZ VELEZ ABOGADOS SAS queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos indicados en ese instrumento público. Adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional(es) del derecho para que lleve(n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este Poder General. En todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal de la sociedad GOMEZ VELEZ ABOGADOS SAS, renovándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona(s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 2779 del 2 de diciembre de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá, registrada en esta Cámara de Comercio el <F_000002100580240>, con el No.<R_000002100580240> del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general al Representante Legal de la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S identifica con el Nit. Nro. 900.701.533-7 con amplias facultades como en derecho se requiere, para que pueda representar a los organismos cooperativos aludidos de manera individual o conjunta, en todo el Territorio Colombiano, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y de La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional, departamental y/o municipal, que se encuentren en todo el Territorio Colombiano. B. Representar a los organismos cooperativos ante los entes de inspección y control, que se encuentren en todo el Territorio Colombiano. C. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas en los que los organismos cooperativos sean demandados directamente o sean llamados en garantía que se realicen antes las autoridades judiciales de todo el Territorio Colombiano. D.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

Representar a los organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control de todo el Territorio Colombiano. E. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las miasmas de promuevan o prologan. El(la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer formulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba. f. En general queda facultado (a) para interponer cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que el representante Legal de la Firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S queda ampliamente facultado para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público, adicionalmente, podrá nombrar y/o delegar otro(s) profesional (es) del derecho para que lleve (n) a cabo todos o cualquiera de los propósitos referidos en este poder general. En todo caso, deben estar inscritos en el certificado de existencia y representación legal la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S, reservándose la facultad para revocar el nombramiento de tal(es) persona (s) o la delegación de la procuración.

Por Escritura Pública No. 3040 del 29 de diciembre de 2021 otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 11 de Enero de 2022, con el No. 00032164 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Heilyn Paola Bautista Barrera, identificada con cédula de ciudadanía Nro. 1.143.350.727 y Tarjeta Profesional Nro. 279003 del C.S. de la J., para que en su carácter de Abogado de la Dirección Legal Judicial y únicamente por el tiempo que ocupe tal cargo, en vinculación laboral con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, represente a este organismo cooperativo, para los efectos establecidos en el siguiente numeral. Segundo: Que el citado poder se otorga para ejecutar los siguientes actos en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO: a. Representar a este Organismo Cooperativo ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público de orden nacional,

---

departamental y/o municipal, en el territorio colombiano. b. Representar a este Organismo Cooperativo ante los entes de inspección, vigilancia y control. c. Representar a este Organismo Cooperativo en toda clase de actuaciones judiciales y administrativas, en los que sea demandado directamente o sea llamado en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales en el territorio colombiano. d. Representar a este Organismo Cooperativo en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control a nivel nacional. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El(la) apoderado(a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba.

Por Escritura Pública No. 984 del 10 de agosto de 2017, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 17 de Febrero de 2022, con el No. 00032170 del libro XIII, la persona jurídica confirió poder general, a la abogada Alexandra Canizalez Cuellar, identificada con la cédula de ciudadanía número 66.926.867 y portadora de la tarjeta profesional No. 140.689 del Consejo Superior de la Judicatura, para que represente a los organismos cooperativos aludidos en las actuaciones señaladas en el presente documento en el siguiente numeral y limitado territorialmente a la ciudad de Bogotá y los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Meta y Casanare. Que el citado poder se otorga en virtud de su carácter de apoderada judicial para los siguientes asuntos específicos y exclusivos: a. Representar a los organismos cooperativos ante las autoridades administrativas y organismos descentralizados de derecho público del orden nacional, departamental y/o municipal que se encuentren en la ciudad de Bogotá y los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Meta y Casanare. b. Representar a los organismos cooperativos ante los organismos de inspección, vigilancia y control, que se encuentren descritos en el literal anterior. c. Representar a los organismos cooperativos en toda clase de actuaciones judiciales, y administrativas, en los que la entidad sea demandada directamente o llamada en garantía que se realicen ante las autoridades judiciales. d. Representar a los

organismos cooperativos en las audiencias extrajudiciales que se celebren en los centros de conciliación, mediación, arbitraje, amigable composición y ante los entes de control, de los departamentos mencionados en el literal a. e. Notificarse, conciliar, transigir, allanarse, disponer del derecho en litigio y confesar, en toda clase de procesos especiales, actuaciones o diligencias, de tipo judicial o administrativo y de los incidentes que en las mismas se promuevan o propongan. El (la) apoderado (a) general aquí designado podrá adicionalmente proponer fórmulas de arreglo, hacer ofertas, conciliar con la contraparte y absolver a nombre de las aseguradoras mencionadas el interrogatorio que la autoridad realice o el que haga la parte que pidió la prueba, previa notificación y aprobación del Poderdante. f. En general queda facultado(a) para interponer, cualquiera de los recursos consagrados en las leyes contra decisiones judiciales o emanadas de los funcionarios administrativos nacionales, departamentales o municipales y entidades descentralizadas del mismo orden. Que Alexandra Canizalez Cuellar, queda ampliamente facultada para cumplir su gestión de representación en los asuntos específicamente indicados en este instrumento público, para lo cual deberá cumplir su encargo conforme a su profesión de abogado.

REFORMAS DE ESTATUTOS

DOCUMENTO NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
2948	24- VI-1.970	10A.	18- VII-1995 NO.501.105
ACTA NO.5	7- III-1.975	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.107
ACTA NO.9	9- III-1.979	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.109
ACTA NO.14	18- III-1.984	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.111
ACTA NO.16	14- III-1.986	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.112
ACTA NO.18	18- III-1.988	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.114
ACTA NO.20	20- IV-1.990	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.116
ACTA NO.23	16- IV-1.993	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.118
2.292	15- IX-1.995	17 STAFE BTA	20- IX-1995 NO.509.260

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0000612 del 15 de junio de 1999 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00687777 del 12 de julio de 1999 del Libro IX

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

E. P. No. 0000612 del 15 de junio de 1999 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00735093 del 29 de junio de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0000865 del 25 de agosto de 1999 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00694184 del 31 de agosto de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0000991 del 1 de agosto de 2000 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00740345 del 10 de agosto de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0000505 del 9 de julio de 2002 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	00837769 del 29 de julio de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0001167 del 5 de julio de 2005 de la Notaría 17 de Bogotá D.C.	01002268 del 21 de julio de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0002238 del 21 de octubre de 2008 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	01259165 del 1 de diciembre de 2008 del Libro IX
E. P. No. 805 del 19 de mayo de 2011 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	01482321 del 26 de mayo de 2011 del Libro IX
E. P. No. 2194 del 27 de octubre de 2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	00015205 del 6 de noviembre de 2014 del Libro XIII
E. P. No. 1762 del 13 de noviembre de 2014 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	00015230 del 3 de diciembre de 2014 del Libro XIII
E. P. No. 701 del 7 de junio de 2017 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	00031039 del 12 de junio de 2017 del Libro XIII
E. P. No. 1114 del 30 de octubre de 2020 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	00031938 del 6 de noviembre de 2020 del Libro XIII
E. P. No. 0015 del 14 de enero de 2021 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	00031986 del 21 de enero de 2021 del Libro XIII
E. P. No. 1011 del 25 de mayo de 2022 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	00032217 del 9 de junio de 2022 del Libro XIII

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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 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.

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511
Actividad secundaria Código CIIU: 6512

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre:	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C AGENCIA CALLE 100
Matrícula No.:	03092207
Fecha de matrícula:	30 de marzo de 2019
Último año renovado:	2022
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 99 No 9 A - 54 Lc 8
Municipio:	Bogotá D.C.

Mediante Oficio No. 188 del 31 de enero de 2022 proferido por el Juzgado 36 Civil Municipal de Bogotá D.C., inscrito el 14 de Febrero

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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 2022 con el No. 00195492 del Libro VIII, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia, dentro del proceso ejecutivo No. 110014003036-2022-00034-00 de PROMOTORA CLINICA ZONA FRANCA URABÁ S.A.S. contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

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

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

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $ 431.398.807.120
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 1 de septiembre de 2016. Fecha de envío de información a Planeación : 17 de junio de 2022. \n \n Señor

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 28 de junio de 2022 Hora: 11:42:59
Recibo No. AB22015079
Valor: $ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2201507955E27

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.

---

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.

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.

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co 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.

EL PRIMER JUEVES HÁBIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO SE ELEGIRÁ LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE CALI. LA INSCRIPCIÓN DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE. PARA INFORMACIÓN DETALLADA PODRÁ COMUNICARSE AL TELÉFONO 8861300 O DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL, A LAS SEDES AUTORIZADAS PARA ESTE EFECTO, O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.CCC.ORG.CO.

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social:	G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.
Sigla:	H & A - ABOGADOS S.A.S. O H & A - CONSULTING S.A.S.
Nit.:	900701533-7
Domicilio principal:	Cali

MATRÍCULA

Matrícula No.:	892121-16
Fecha de matrícula en esta Cámara:	12 de febrero de 2014
Último año renovado:	2022
Fecha de renovación:	28 de febrero de 2022
Grupo NIIF:	Grupo 2

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal:	AV 6 A BIS # 35 NORTE - 100 OF 212
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico:	gherrera@gha.com.co
Teléfono comercial 1:	6594075
Teléfono comercial 2:	No reportó
Teléfono comercial 3:	3155776200

Dirección para notificación judicial:	AV 6 A BIS # 35 NORTE - 100 OF 212
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico de notificación:	notificaciones@gha.com.co
Teléfono para notificación 1:	6594075
Teléfono para notificación 2:	No reportó
Teléfono para notificación 3:	3155776200

La persona jurídica G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S. SI autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co 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.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 13 de enero de 2014 de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de febrero de 2014 con el No. 2015 del Libro IX ,se constituyó sociedad de naturaleza Comercial denominada G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS SAS

REFORMAS ESPECIALES

Por Acta No. 1 del 15 de agosto de 2014 Asamblea De Accionistas ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 01 de septiembre de 2014 con el No. 11546 del Libro IX ,cambio su nombre de G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS SAS . por el de G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S. . Sigla: H & A - ABOGADOS S.A.S. O H & A - CONSULTING S.A.S.

TERMINO DE DURACIÓN

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

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá como objeto principal el ejercicio profesional del derecho y afines, a nivel nacional e internacional, para lo cual podrá emplear profesionales del derecho y de otras ramas vinculados como empleados, socios, asociados, subcontratistas y en general cualquier tipo de vinculación legal o convencional, así mismo la sociedad podrá realizar cualquier actividad comercial y/o civil licita en Colombia o en el extranjero. Para el desarrollo del presente objeto social, la sociedad podrá realizar cualquiera de las siguientes actividades, sin limitarse a estas:

1.) Prestar servicios de asesoría, consultoría jurídica y administrativa en general, así como asesoría, representación y acompañamiento en litigio en todas las áreas del derecho y en todo el territorio nacional e internacional.
2) Prestar asistencia jurídica, en todas las áreas del derecho, directamente o a través de sus abogados socios o abogados consultores, asociados o subcontratados.
3) Prestar asesoría, acompañamiento y representación en procesos de negociación de cualquier naturaleza.
4) Prestar asesoría, acompañamiento y representación en procesos de negociación colectiva.
5) Prestar dentro de sus servicios, según lo ameriten las circunstancias, asesorías técnicas y financieras, con el apoyo de los especialistas respectivos.
6) Asesorar, adelantar y acompañar procesos de constitución, creación, transformación, disolución y liquidación de cualquier tipo de sociedad.
7) Ejercer la representación judicial, extrajudicial, corporativa o administrativa de sus clientes ante las autoridades judiciales, administrativas y entes de carácter

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co 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.

privado.
8) Gestionar actividades relacionadas con la capacitación en materias jurídicas y afines.
9) Ofrecer, orientar y dictar cursos en materias jurídicas, y en diversas ramas.
9) Participar en negocios relacionados con su objeto social, así como hacer inversiones o aportes en negocios, actividades o compañías relacionadas con su objeto social o que tenga relación con las personas que atienda o represente,
10) Gestionar para sí, sus socios o terceros, todo tipo de negocios, servicios o proyectos de carácter o naturaleza legal o jurídica, frente a personas de derecho privado o público, nacionales o extranjeras,
11) Prestar sus servicios a personas naturales y/o jurídicas, nacionales o extranjeras, públicas o privadas, individuales o conjuntas.
12) Realizar todos los actos y contratos que considere pertinentes para el desarrollo de su objeto social, tales como, comprar y vender bienes muebles o inmuebles, tomarlos o darlos en arrendamiento, hipoteca, anticresis, leasing, fiducia, etc.; dar o recibir dinero y bienes a cualquier título; celebrar contratos de mandato, representaciones y agencia, otorgar y recibir garantías, negociar títulos valores y efectos comerciales, celebrar contratos de asociación, joint venture, cuentas en participación, consorcios, uniones temporales, promesa de sociedades futuras, o cualquier forma de asociación, con o sin dar lugar a la creación de nuevas personas jurídicas; la sociedad podrá asociarse con otra u otras personas naturales o jurídicas particulares o del estado o mixtas que desarrollen el mismo o similar objeto social o que se relacionen directa o indirectamente con este, celebrando mancomunadamente lo que consideren conveniente para el logro de su objetivo social.
13) Adquirir toda clase de bienes tangibles o intangibles, muebles o inmuebles, tomar y dar en arrendamiento, depósito o comodato los bienes sociales, constituir o cancelar gravámenes, dar y recibir dinero en mutuo, contratar empréstitos bancarios con o sin garantía; importar, exportar, procesar, comprar, fabricar y vender cualquier clase de bien.
14) Disponer de cuentas corrientes, de ahorro, de depósito de dinero o de títulos valores e inversiones en entidades financieras o comerciales de Colombia y el exterior.
15) Realizar operaciones comerciales y civiles en cualquier país del extranjero y a nivel nacional.
16) Adquirir acciones y hacer aportes en otras sociedades.
17) Realizar cualquier otra actividad económica tanto en Colombia como en el extranjero.

Parágrafo 1. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualquier actividad similar, conexa o complementaria o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad.

Parágrafo 2: La sociedad podrá además crear sucursales, agencias, establecimientos y/o dependencias en cualquier lugar del país y/o en el exterior, por orden de la asamblea general de accionistas, quien además determinara el cierre de aquellas dependencias y asimismo fijará los límites de las facultades que se le confieren a los administradores de ellas con los correspondientes poderes que se les otorguen.

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co 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

	CAPITAL AUTORIZADO
Valor:	$1,000,000,000
No. de acciones:	1,000,000
Valor nominal:	$1,000

	CAPITAL SUSCRITO
Valor:	$1,000,000,000
No. de acciones:	1,000,000
Valor nominal:	$1,000

	CAPITAL PAGADO
Valor:	$1,000,000,000
No. de acciones:	1,000,000
Valor nominal:	$1,000

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad estará a cargo del gerente, quien podrá ser una persona natural o jurídica, accionista o no y podrá tener suplentes.

En caso de falta temporal del gerente y en las absolutas, mientras se prevea el cargo o cuando se hallaré legalmente inhabilitado para actuar en un asunto determinado, el gerente sera remplazado por el primer o segundo suplente designados para tal efecto, quienes podrán actuar alternativamente.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Facultades del representante legal. el representante legal de la sociedad tiene a su cargo la administración inmediata de la sociedad y en tal virtud le están asignadas las siguientes funciones y atribuciones: a) llevar la representación de la entidad, tanto judicial como extrajudicialmente; b) ejecutar los acuerdos y decisiones del accionista único o de la asamblea general de accionistas, cuando exista más de un socio; c) otorgar facultades especiales o generales a apoderados judiciales o extrajudiciales; d) celebrar los actos, operaciones y contratos comprendidos dentro del objeto social o que se relacione con la existencia o el funcionamiento de la sociedad, sin límite de cuantía; e) cuidar de la recaudación e inversión de los fondos de la sociedad; f) presentar a la reunión ordinaria anual de la asamblea general de accionistas, cuando exista más de un socio, los estados financieros de propósito general, junto con un informe escrito relacionado con la situación y la marcha de la entidad, sugiriendo las innovaciones que convenga introducir para el mejor servicio de la sociedad; g) crear los empleos necesarios para la debida marcha de la sociedad, señalar sus funciones y asignaciones y hacer los nombramientos correspondientes; h) tomar todas las medidas que exija la conservación de los bienes sociales, vigilar la actividad de los empleados e

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co 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.

impartirles las órdenes e instrucciones que exija la buena marcha de la sociedad; i) convocar a la asamblea general, cuando haya más de un socio y cuando proceda hacerlo conforme a la ley o a estos estatutos; j) presentar al accionista único ó a la asamblea general de accionistas cuando exista más de un socio, estados financieros intermedios y suministrarle todos los informes que ésta solicite en relación con la empresa y sus actividades; k) ejercer las funciones que le delegue el accionista único ó a la asamblea general de accionistas cuando exista más de un socio. l) cumplir y hacer que se cumplan en oportunidad y debidamente todas las exigencias de las leyes en relación con el funcionamiento y las actividades de la sociedad; y, m) las demás que le correspondan conforme a la ley y a estos estatutos.

Parágrafo 1. En todo caso el representante legal, según el caso, salvo autorización previa y expresa en contrario, por parte del accionista único ó a la asamblea general de accionistas cuando exista más de un socio, solo realizará actos que comprendan única y exclusivamente la administración de la sociedad, en virtud de lo cual no podrá comprometer a la compañía como garante de obligaciones de terceros.

parágrafo 2- el representante legal se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. en las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el representante legal.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado del 13 de enero de 2014, inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de febrero de 2014 con el No. 2015 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REPRESENTANTE LEGAL	GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA	C.C.19395114

Por Acta No. 013 del 28 de mayo de 2020, de Asamblea De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de julio de 2020 con el No. 8024 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUPLENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL	GUSTAVO ANDRES HERRERA SIERRA	C.C.1151935329
SUPLENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL	LUISA FERNANDA HERRERA SIERRA	C.C.1130669835

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co 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.

PROFESIONALES EN DERECHO

Por documento privado del 19 de octubre de 2017, inscrito en esta Cámara de Comercio el 23 de octubre de 2017 con el No. 16363 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA	C.C.19395114
PROFESIONAL EN DERECHO	JINNETH HERNANDEZ GALINDO	C.C.38550445

Por documento privado del 26 de marzo de 2019, inscrito en esta Cámara de Comercio el 05 de abril de 2019 con el No. 5439 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	ISABELLA CARO OROZCO	C.C.1144070531
PROFESIONAL EN DERECHO	LUISA FERNANDA HERRERA SIERRA	C.C.1130669835
PROFESIONAL EN DERECHO	CAMILO ANDRES MENDOZA GAITAN	C.C.1026270069
PROFESIONAL EN DERECHO	KELLY ALEJANDRA PAZ CHAMORRO	C.C.1085297029
PROFESIONAL EN DERECHO	SANTIAGO ROJAS BUITRAGO	C.C.1015429338

Por documento privado del 22 de agosto de 2019, inscrito en esta Cámara de Comercio el 26 de agosto de 2019 con el No. 15099 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	JASMIN GONZALEZ JURADO	C.C.1144148852
PROFESIONAL EN DERECHO	LORENA JURADO CHAVES	C.C.1032409539
PROFESIONAL EN DERECHO	DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES	C.C.1061751492
PROFESIONAL EN DERECHO	MARIA CAMILA MANRIQUE DELGADO	C.C.1144198672
PROFESIONAL EN DERECHO	FELIPE PUERTA GARCIA	C.C.1088277101
PROFESIONAL EN DERECHO	LUZ AMPARO RIASCOS ALOMIA	C.C.1061705937

Por Acta No. 013 del 28 de mayo de 2020, de Asamblea De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de julio de 2020 con el No. 8025 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	GONZALO RODRIGUEZ CASANOVA	C.C.1144201314
PROFESIONAL EN DERECHO	JUAN SEBASTIAN LONDOÑO GUERRERO	C.C.1094920193

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

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

Por documento privado del 25 de enero de 2021, inscrito en esta Cámara de Comercio el 27 de enero de 2021 con el No. 1156 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	MIGUEL FRANCISCO AGUDELO MANRIQUE	C.C.79723754
PROFESIONAL EN DERECHO	NESTOR RICARDO GIL RAMOS	C.C.1114033075
PROFESIONAL EN DERECHO	NICOLAS LOAIZA SEGURA	C.C.1107101497
PROFESIONAL EN DERECHO	MARIA CAMILA URREA GIL	C.C.1144087111
PROFESIONAL EN DERECHO	JAVIER ANDRES ACOSTA CEBALLOS	C.C.1144100309

Por documento privado del 11 de febrero de 2021, inscrito en esta Cámara de Comercio el 15 de febrero de 2021 con el No. 2441 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ	C.C.1016094369

Por documento privado del 07 de octubre de 2021, inscrito en esta Cámara de Comercio el 13 de octubre de 2021 con el No. 18500 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	DIANA CAROLINA BURGOS CASTILLO	C.C.1022396024
PROFESIONAL EN DERECHO	DEISY LOPEZ GONZALEZ	C.C.1018493492

Por documento privado del 17 de febrero de 2022, inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de febrero de 2022 con el No. 2850 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	KENNIE LORENA GARCIA MADRID	C.C.1061786590
PROFESIONAL EN DERECHO	CARLOS EDUARDO QUINTERO PORTILLA	C.C.1088323421
PROFESIONAL EN DERECHO	MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ MUÑOZ	C.C.1126003200
PROFESIONAL EN DERECHO	TIFFANY DEL PILAR CASTAÑO TORRES	C.C.1022413599

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

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

Por documento privado del 25 de abril de 2022, inscrito en esta Cámara de Comercio el 06 de mayo de 2022 con el No. 9263 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	ANGELICA JOHANA SANDOVAL SIERRA	C.C.1020783684
PROFESIONAL EN DERECHO	MARIA DE LOS ANGELES VEGA ROZO	C.C.1019080357

Por documento privado del 17 de junio de 2022, inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de junio de 2022 con el No. 12103 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL EN DERECHO	CATALINA CHAPARRO CASAS	C.C.1113659671
PROFESIONAL EN DERECHO	DIEGO FELIPE PEÑALOZA MARIN	C.C.1072709630
PROFESIONAL EN DERECHO	MARIA CAMILA TABARES GUZMAN	C.C.1113649787
PROFESIONAL EN DERECHO	JUAN CAMILO CASTAÑO BUITRAGO	C.C.1088326984
PROFESIONAL EN DERECHO	MARIA PAULA CASTAÑEDA HERNANDEZ	C.C.1144104104
PROFESIONAL EN DERECHO	DIANA CAROLINA BENITEZ FREYRE	C.C.1118256728
PROFESIONAL EN DERECHO	MARIA DEL PILAR LUGO OSPINA	C.C.66848723
PROFESIONAL EN DERECHO	MARIA FERNANDA ROMAN RAMIREZ	C.C.1143862538
PROFESIONAL EN DERECHO	ALEJANDRA MURILLO CLAROS	C.C.1144076582
PROFESIONAL EN DERECHO	DANIELA QUINTERO LAVERDE	C.C.1234192273

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 006 del 04 de marzo de 2016, de Asamblea De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de marzo de 2016 con el No. 3251 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	MARIA DEL SOCORRO SALAMANCA P.	C.C.31147621 T.P.6044-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
ACT 1 del 15/08/2014 de Asamblea De Accionistas	11546 de 01/09/2014 Libro IX
ACT 005 del 21/09/2015 de Asamblea De Accionistas	20299 de 22/09/2015 Libro IX
ACT 013 del 28/05/2020 de Asamblea De Accionistas	8026 de 03/07/2020 Libro IX

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

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

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6910

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo provisto 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

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

Ingresos por actividad ordinaria $7,538,428,542

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU:6910

****

Recibo No. 8381410, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822FPJHYP

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co 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.

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

REPUBLICA DE COLOMBIA

304816 RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

39116-D2 — Tarjeta No.

26/08/1986 — Fecha de Expedicion

16/06/1986 — Fecha de Grado

GUSTAVO ALBERTO

HERRERA AVILA

19395114 — Cedula

VALLE — Consejo Seccional

MILITAR NUEVA GRANAD — Universidad

Francisco Escobar Henriquez
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971 Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.395.114**

HERRERA AVILA

APELLIDOS

GUSTAVO ALBERTO

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAR-1960**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-OCT-1978 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100100-00252282-M-0019395114-20100825 0023575747A 1 34475431

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA612539

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA727368	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	GSALOM

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
29	08	2019	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2019	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.				
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**NIT/CC**	860078828
				TEL/MOVIL	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,500,000,000.00	$695,000,002.00		$132,050,000.00	$827,050,002.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
0008910	JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA Y IRAGORRI CORREDORES DE SEGUROS S.A.	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA612539

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo
CERTICADO AA727368
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO GSALOM

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
29	08	2019	DESDE	DD	30	MM	08	AAAA	2019	HORA	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	08	AAAA	2020	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

EPS SANITAS

Términos de Colocación Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Medica
2019 - 2020

Tipo

Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original

1. Compañía De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
2. Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. - NIT. 800.251.440-6
3. Fundación Keralty - NIT. 800.245.067-7
4. Medisanitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
5. Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2

Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestación y administración de servicios de salud.

Periodo

Desde 30 de Agosto de 2019 00:00 horas hasta el 30 de Agosto 2020 00:00 horas

Condiciones

Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas - RCP006 - La Equidad Seguros O.C.

Modalidad de cobertura

La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Interés

Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades de Servicios de Salud.

Suma Asegurada

Alternativa I COP $4.500.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.

Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.

Deducible

1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000
2. Gastos de defensa, tanto en procesos civiles, penales, conciliaciones y contenciosos administrativos: 10% mínimo COP 5.000.000

Reclamos Pagaderos en

COP$

Condiciones de Seguro

1. Cláusula de Acuerdo de Manejo de Control de Reclamos, de acuerdo a texto adjunto.
2. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto.
3. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto.
4. No renovación tacita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.

Cobertura Básica

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA612539

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo
CERTICADO AA727368
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO GSALOM

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
29	08	2019	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2019	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Responsabilidad por errores y omisiones - responsabilidad civil profesional medica

Retroactividad

1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario)

Extensión de cobertura

Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.

1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal.

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. Gastos de defensa: Cubre las costas y gastos en que incurra el Asegurado en los procesos que un paciente o sus causahabientes, promuevan en su contra por eventos amparados por esta póliza.

4. Honorarios: Para los gastos en que se incurra por pago de honorarios de abogados en las audiencias de conciliación prejudicial y asesoría en tribunal de ética médica Sublimitado COP 10.000.000 Evento / vigencia.

5. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%

6. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado.

7. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.

8. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante, dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.

9. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos

11. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado, tenencia y control
12. Uso de equipos, aparatos médicos y tratamientos médicos. Incluido, bajo la cobertura de RC Profesional; 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.

12. Lucro Cesante

13. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.

Exclusiones principales

Las principales exclusiones de la presente póliza son:

- Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del asegurado.

- Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
- Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA612539

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo
CERTICADO AA727368
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO GSALOM

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
29	08	2019	**DESDE**	DD	30	MM	08	AAAA	2019	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	30	MM	08	AAAA	2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

- El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.

- Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.

- Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.

- El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

- La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.

- Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.

- Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado 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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.

- Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.

- Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.

- Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.

- Se levantas la exclusión de "transmisión de enfermedades del personal del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos, cuando el asegurado sabe que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.

Lo anterior en razón de la protección reforzada en materia de derecho laboral.

De no aceptarse, dejar como viene

- Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el "paciente" y/u otra persona natural o jurídica a nombre del "paciente", y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho "paciente" por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.

- Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.

- La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.

- Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente" excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el asegurado prestará la atención prioritaria cuando sea pertinente,

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA612539

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo
CERTICADO AA727368
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO GSALOM

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
29	08	2019	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2019	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

y remitirá al paciente a otras instituciones.

- El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.

- El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

- La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.

- El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

- El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.

- Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

- Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

- Pérdidas patrimoniales puras incluyendo pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.

- Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

- La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada

Condiciones

1. Cláusula de Notificación de Responsabilidades independientes ERCAON 027 (LSW1001)
2. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.
3. El Asegurador nota el artículo 1081 y 1134 del Código de Comercio colombiano.
4. El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
5. Aviso de siniestro 30 días.
6. Ley y Jurisdicción

Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, 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.

7. Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza. Sin embargo, en los casos en los que la aseguradora sea llamada en garantía en virtud de una reclamación bajo la presente póliza, se entiende y acuerda que los reaseguradores asumirán los gastos de defensa de la aseguradora.
8. Cláusula de fluctuación cambiaria: No obstante que los valores asegurados se estipulan en Dólares americanos y también el valor de las primas, las partes convienen que el pago del valor de la prima, como de la indemnización en caso de eventual siniestro, se hará en Pesos Colombianos.

Para la liquidación de pago de primas, los pagos en pesos tendrán un valor equivalente al valor del Dólar Americano en la fecha del giro o transferencia; para el giro o transferencia se tomará como valor de referencia el valor de la tasa de cambio del Dólar Americano publicado por el Banco de la República o la entidad competente, en la fecha del giro o transferencia de la prima facturada y para el giro o transferencia de la pérdida del eventual siniestro o pago del siniestro será a la tasa de cambio del día de pago del siniestro.

Jurisdicción y Ley aplicable

Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.
Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.

Para efectos del lugar donde se admite se presenten reclamaciones de terceros será igual al ámbito territorial, es decir,

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA612539

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo
CERTICADO AA727368
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO GSALOM

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
29	08	2019	**DESDE**	DD	30	MM	08	AAAA	2019	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	30	MM	08	AAAA	2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Mundial exceptuando EEUU, Canadá y Puerto Rico; aunque para efectos del contrato de seguro la jurisdicción y legislación es Colombia y por tanto, el pago de cualquier reclamación se hará en Colombia

El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.

Límite Territorial

Colombia

Prima Bruta:

COP $ 695.000.000

Subjetividades

El asegurador solicita la siguiente información 30 días después de inicio de vigencia. De no ser así, los aseguradores podrán cancelar la póliza o modificar los términos:

- Confirmación del Asegurado de no conocimiento de reclamos o circunstancias que puedan derivar en un reclamo, a la fecha de inicio del periodo de vigencia, diferentes a los compartidos para la cotización.

- Confirmación del asegurado de no cambios materiales en la información proporcionada en el cuestionario, a la fecha de inicio del periodo de inicio de vigencia.

- Por favor remitir el cuestionario firmado y fechado.

TEXTOS

CLAUSULA DE COOPERACIÓN RECLAMOS

Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:

a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento no antes de 14 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo.
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
e) con respecto a la participación del asegurador únicamente, no se hará ningún arreglo y/o compromiso y no se admitirá responsabilidad sobre ningún reclamo sin previo consentimiento escrito del asegurador.

Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.

CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO

No obstante, lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a treinta (30) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

Todos los demás términos y condiciones no modificados continúan en vigor.

ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:

No obstante, cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por, que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma concurrente o en alguna otra secuencia;

(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento, poder militar o usurpado; o
(2) Algún acto de terrorismo.

Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.

Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA612539

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo
CERTICADO AA727368
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO GSALOM

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
29	08	2019	**DESDE**	DD	30	MM	08	AAAA	2019	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	30	MM	08	AAAA	2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.
NIT/CC 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67
E-MAIL RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM
TEL/MOVIL 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

por, resulte de o en conexión con alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.
Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.
En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá en todo vigor y efecto.

NMA2919
08/10/2001

CLÁUSULA DE CANCELACIÓN

(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd's)

Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo acostumbrada.

Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con 30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.

El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta con franqueo prepagado a la dirección apropiada.

2/12/ 35
NMA 355

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA858524	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	DCMARTINEZ

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
07	05	2020	**DESDE**	DD 21	MM 02	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,500,000,000.00	$36,269,125.00		$6,891,134.00	$43,160,259.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
0008910	JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA Y IRAGORRI CORREDORES DE SEGUROS S.A.	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA858524
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO DCMARTINEZ

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
07	05	2020	**DESDE**	DD 21	MM 02	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA MODIFICACIÓN DE LOS DEDUCIBLES DE ESTA CUENTA SEGÚN SE DETALLA A CONTINUACIÓN

- Pago de perjuicios: 10% mínimo COP 150.000.000
- Procesos de conciliación: DEDUCIBLE 15% de la pérdida mínimo $ 50.0000.000 a partir del 21 de Febrero de 2020 hasta 30 de Agosto de 2020 a las 00:00 horas cobro de prima a prorrata. Incremento en la prima 10%.

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN

****

EPS SANITAS

Términos de Colocación Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Medica
2019 - 2020

Tipo

Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original

1. Compañía De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
2. Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. - NIT. 800.251.440-6
3. Fundación Keralty - NIT. 800.245.067-7
4. Medisanitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
5. Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2

Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestación y administración de servicios de salud.

Periodo

Desde 30 de Agosto de 2019 00:00 horas hasta el 30 de Agosto 2020 00:00 horas

Condiciones

Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas - RCP006 - La Equidad Seguros O.C.

Modalidad de cobertura

La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Interés

Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades de Servicios de Salud.

Suma Asegurada

Alternativa I COP $4.500.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.

Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.

Deducible

1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000
2. Gastos de defensa, tanto en procesos civiles, penales, conciliaciones y contenciosos administrativos: 10% mínimo COP 5.000.000

Reclamos Pagaderos en

COP$

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA858524
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO DCMARTINEZ

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
07	05	2020	**DESDE**	DD 21	MM 02	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Condiciones de Seguro

1. Cláusula de Acuerdo de Manejo de Control de Reclamos, de acuerdo a texto adjunto.
2. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto.
3. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto.
4. No renovación tacita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.

Cobertura Básica

Responsabilidad por errores y omisiones - responsabilidad civil profesional medica

Retroactividad

1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario)

Extensión de cobertura

Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.

1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal.

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. Gastos de defensa: Cubre las costas y gastos en que incurra el Asegurado en los procesos que un paciente o sus causahabientes, promuevan en su contra por eventos amparados por esta póliza.

4. Honorarios: Para los gastos en que se incurra por pago de honorarios de abogados en las audiencias de conciliación prejudicial y asesoría en tribunal de ética médica Sublimitado COP 10.000.000 Evento / vigencia.

5. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%

6. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado.

7. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.

8. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante, dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.

9. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos

11. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado, tenencia y control
12. Uso de equipos, aparatos médicos y tratamientos médicos. Incluido, bajo la cobertura de RC Profesional; 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.

12. Lucro Cesante

13. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.

Exclusiones principales

Las principales exclusiones de la presente póliza son:

- Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA858524
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO DCMARTINEZ

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
07	05	2020	**DESDE**	DD 21	MM 02	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del asegurado.

- Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
- Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

- El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.

- Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.

- Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.

- El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

- La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.

- Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.

- Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado 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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.

- Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.

- Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.

- Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.

- Se levantas la exclusión de "transmisión de enfermedades del personal del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos, cuando el asegurado sabe que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.

Lo anterior en razón de la protección reforzada en materia de derecho laboral.

De no aceptarse, dejar como viene

- Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el "paciente" y/u otra persona natural o jurídica a nombre del "paciente", y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho "paciente" por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.

- Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.

- La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA858524
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO DCMARTINEZ

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
07	05	2020	**DESDE**	DD 21	MM 02	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.

- Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente" excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el asegurado prestará la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.

- El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.

- El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

- La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.

- El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

- El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.

- Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

- Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

- Pérdidas patrimoniales puras incluyendo pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.

- Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

- La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada

Condiciones

1. Cláusula de Notificación de Responsabilidades independientes ERCAON 027 (LSW1001)
2. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.
3. El Asegurador nota el artículo 1081 y 1134 del Código de Comercio colombiano.
4. El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
5. Aviso de siniestro 30 días.
6. Ley y Jurisdicción
Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, 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.
7. Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza. Sin embargo, en los casos en los que la aseguradora sea llamada en garantía en virtud de una reclamación bajo la presente póliza, se entiende y acuerda que los reaseguradores asumirán los gastos de defensa de la aseguradora.
8. Cláusula de fluctuación cambiaria: No obstante que los valores asegurados se estipulan en Dólares americanos y también el valor de las primas, las partes convienen que el pago del valor de la prima, como de la indemnización en caso de eventual siniestro, se hará en Pesos Colombianos.
Para la liquidación de pago de primas, los pagos en pesos tendrán un valor equivalente al valor del Dólar Americano en la fecha del giro o transferencia; para el giro o transferencia se tomará como valor de referencia el valor de la tasa de cambio del Dólar Americano publicado por el Banco de la República o la entidad competente, en la fecha del giro o transferencia de la prima facturada y para el giro o transferencia de la pérdida del eventual siniestro o pago del siniestro será a la tasa de cambio del día de pago del siniestro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA858524
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO DCMARTINEZ

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
07	05	2020	**DESDE**	DD 21	MM 02	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Jurisdicción y Ley aplicable

Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.
Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.

Para efectos del lugar donde se admite se presenten reclamaciones de terceros será igual al ámbito territorial, es decir, Mundial exceptuando EEUU, Canadá y Puerto Rico; aunque para efectos del contrato de seguro la jurisdicción y legislación es Colombia y por tanto, el pago de cualquier reclamación se hará en Colombia

El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.

Límite Territorial

Colombia

Prima Bruta:

COP $ 695.000.000

Subjetividades

El asegurador solicita la siguiente información 30 días después de inicio de vigencia. De no ser así, los aseguradores podrán cancelar la póliza o modificar los términos:

- Confirmación del Asegurado de no conocimiento de reclamos o circunstancias que puedan derivar en un reclamo, a la fecha de inicio del periodo de vigencia, diferentes a los compartidos para la cotización.

- Confirmación del asegurado de no cambios materiales en la información proporcionada en el cuestionario, a la fecha de inicio del periodo de inicio de vigencia.

- Por favor remitir el cuestionario firmado y fechado.

TEXTOS

CLAUSULA DE COOPERACIÓN RECLAMOS

Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:

a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento no antes de 14 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo.
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
e) con respecto a la participación del asegurador únicamente, no se hará ningún arreglo y/o compromiso y no se admitirá responsabilidad sobre ningún reclamo sin previo consentimiento escrito del asegurador.

Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.

CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO

No obstante, lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a treinta (30) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

Todos los demás términos y condiciones no modificados continúan en vigor.

ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:

No obstante, cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por, que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma concurrente o en alguna otra secuencia;

(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento,

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA858524
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO DCMARTINEZ

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN		
07	05	2020	**DESDE**	DD 21	MM 02	AAAA 2020	**HORA**	00:00		14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00		DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

poder militar o usurpado; o
(2) Algún acto de terrorismo.

Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.

Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.
Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.
En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá en todo vigor y efecto.

NMA2919
08/10/2001

CLÁUSULA DE CANCELACIÓN

(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd's)

Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo acostumbrada.

Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con 30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.

El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta con franqueo prepagado a la dirección apropiada.

2/12/ 35
NMA 355

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA875744	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	08	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.				
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**NIT/CC**	860078828
				TEL/MOVIL	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,500,000,000.00	$.00		$.00	$.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000893	JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA Y IRAGORRI CORREDORES DE SEGUROS S.A.	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA875744
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	08	2020	DESDE	DD 30	MM 08	AAAA 2020	HORA	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 14	MM 09	AAAA 2020	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA PRORROGA(15 DIAS).

SE EXCLUYEN ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.

Este Suplemento modifica la cobertura bajo:

RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.

Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:

1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:

Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia

De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:

a. transmisión de cualquier:
i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o
ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia,
por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;

b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.

c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;

d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;

e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contenderé" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.

2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada.

Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.

Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo.

Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA875744
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	08	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.

El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.

El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.
Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN.
****
.
****
EPS SANITAS

Términos de Colocación Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Medica
2019 - 2020

Tipo

Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original

1. Compañía De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
2. Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. - NIT. 800.251.440-6
3. Fundación Keralty - NIT. 800.245.067-7
4. Medisanitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
5. Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2

Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestación y administración de servicios de salud.

Periodo

Desde 30 de Agosto de 2019 00:00 horas hasta el 30 de Agosto 2020 00:00 horas

Condiciones

Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas - RCP006 - La Equidad Seguros O.C.

Modalidad de cobertura

La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Interés

Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades de Servicios de Salud.

Suma Asegurada

Alternativa I COP $4.500.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.

Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA875744
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	08	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Deducible

1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000
2. Gastos de defensa, tanto en procesos civiles, penales, conciliaciones y contenciosos administrativos: 10% mínimo COP 5.000.000

Reclamos Pagaderos en

COP$

Condiciones de Seguro

1. Cláusula de Acuerdo de Manejo de Control de Reclamos, de acuerdo a texto adjunto.
2. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto.
3. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto.
4. No renovación tacita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.

Cobertura Básica

Responsabilidad por errores y omisiones - responsabilidad civil profesional medica

Retroactividad

1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario)

Extensión de cobertura

Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.

1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal.

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. Gastos de defensa: Cubre las costas y gastos en que incurra el Asegurado en los procesos que un paciente o sus causahabientes, promuevan en su contra por eventos amparados por esta póliza.

4. Honorarios: Para los gastos en que se incurra por pago de honorarios de abogados en las audiencias de conciliación prejudicial y asesoría en tribunal de ética médica Sublimitado COP 10.000.000 Evento / vigencia.

5. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%

6. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado.

7. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.

8. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante, dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.

9. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos

11. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado, tenencia y control
12. Uso de equipos, aparatos médicos y tratamientos médicos. Incluido, bajo la cobertura de RC Profesional; 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.

12. Lucro Cesante

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA875744
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	08	2020	DESDE	DD 30	MM 08	AAAA 2020	HORA	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 14	MM 09	AAAA 2020	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

13. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.

Exclusiones principales

Las principales exclusiones de la presente póliza son:

- Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del asegurado.

- Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
- Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

- El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.

- Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.

- Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.

- El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

- La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.

- Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.

- Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado 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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.

- Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.

- Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.

- Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.

- Se levantas la exclusión de "transmisión de enfermedades del personal del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos, cuando el asegurado sabe que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.

Lo anterior en razón de la protección reforzada en materia de derecho laboral.

De no aceptarse, dejar como viene

- Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el "paciente"

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA875744
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN		
28	08	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00		14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00		DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

y/u otra persona natural o jurídica a nombre del "paciente", y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho "paciente" por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.

- Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.

- La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.

- Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente" excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el asegurado prestará la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.

- El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.

- El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

- La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.

- El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

- El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.

- Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

- Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

- Pérdidas patrimoniales puras incluyendo pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.

- Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

- La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada

Condiciones

1. Cláusula de Notificación de Responsabilidades independientes ERCAON 027 (LSW1001)
2. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.
3. El Asegurador nota el artículo 1081 y 1134 del Código de Comercio colombiano.
4. El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
5. Aviso de siniestro 30 días.
6. Ley y Jurisdicción

Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, 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.

7. Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA875744
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	08	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Sin embargo, en los casos en los que la aseguradora sea llamada en garantía en virtud de una reclamación bajo la presente póliza, se entiende y acuerda que los reaseguradores asumirán los gastos de defensa de la aseguradora.
8. Cláusula de fluctuación cambiaria: No obstante que los valores asegurados se estipulan en Dólares americanos y también el valor de las primas, las partes convienen que el pago del valor de la prima, como de la indemnización en caso de eventual siniestro, se hará en Pesos Colombianos.
Para la liquidación de pago de primas, los pagos en pesos tendrán un valor equivalente al valor del Dólar Americano en la fecha del giro o transferencia; para el giro o transferencia se tomará como valor de referencia el valor de la tasa de cambio del Dólar Americano publicado por el Banco de la República o la entidad competente, en la fecha del giro o transferencia de la prima facturada y para el giro o transferencia de la pérdida del eventual siniestro o pago del siniestro será a la tasa de cambio del día de pago del siniestro.

Jurisdicción y Ley aplicable

Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.
Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.

Para efectos del lugar donde se admite se presenten reclamaciones de terceros será igual al ámbito territorial, es decir, Mundial exceptuando EEUU, Canadá y Puerto Rico; aunque para efectos del contrato de seguro la jurisdicción y legislación es Colombia y por tanto, el pago de cualquier reclamación se hará en Colombia

El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.

Límite Territorial

Colombia

Prima Bruta:

COP $ 695.000.000

Subjetividades

El asegurador solicita la siguiente información 30 días después de inicio de vigencia. De no ser así, los aseguradores podrán cancelar la póliza o modificar los términos:

- Confirmación del Asegurado de no conocimiento de reclamos o circunstancias que puedan derivar en un reclamo, a la fecha de inicio del periodo de vigencia, diferentes a los compartidos para la cotización.

- Confirmación del asegurado de no cambios materiales en la información proporcionada en el cuestionario, a la fecha de inicio del periodo de inicio de vigencia.

- Por favor remitir el cuestionario firmado y fechado.

TEXTOS

CLAUSULA DE COOPERACIÓN RECLAMOS

Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:

a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento no antes de 14 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo.
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
e) con respecto a la participación del asegurador únicamente, no se hará ningún arreglo y/o compromiso y no se admitirá responsabilidad sobre ningún reclamo sin previo consentimiento escrito del asegurador.

Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.

CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO

No obstante, lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a treinta (30) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

Todos los demás términos y condiciones no modificados continúan en vigor.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA735177

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA875744
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN		
28	08	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00		14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00		DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:

No obstante, cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por, que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma concurrente o en alguna otra secuencia;

(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento, poder militar o usurpado; o
(2) Algún acto de terrorismo.

Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.

Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.
Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.
En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá en todo vigor y efecto.

NMA2919
08/10/2001

CLÁUSULA DE CANCELACIÓN

(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd's)

Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo acostumbrada.

Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con 30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.

El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta con franqueo prepagado a la dirección apropiada.

2/12/ 35
NMA 355

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA879171	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD	30	MM	08	AAAA	2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	14	MM	09	AAAA	2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,500,000,000.00	$51,945,205.00		$9,869,589.00	$61,814,794.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000890301584	DELIMA MARSH	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA COBRO DE LA PRORROGA DE LA VIGENCIA DE 15 DIAS CORRESPONDIENTES A LA FECHA DEL 30/08/2020 AL 14/09/2020.
****
MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA PRORROGA(15 DIAS).

Tipo
Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original
Compania De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. - NIT. 800.251.440-6
Fundacion Keralty - NIT. 800.245.067-7
Medisanitas S.A. Compania de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2

Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestación y administración de servicios de salud.

Dirección: Calle 100 # 11 B - 67

Periodo Asegurado: Desde 30 de agosto de 2020 al 30 de Agosto de 2021 ambos días a las 00:00 horas.

Condiciones: Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas ¿ Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria.

Modalidad de cobertura: La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Interés: Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades de Servicios de Salud.

Suma asegurada: Primera Alternativa: COP $4.500.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.
Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.

Deducible: 1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.

Reclamos
Pagaderos en COP$0

Condiciones de seguro:
1. Cláusula de Acuerdo de Manejo de Control de Reclamos, de acuerdo a texto adjunto.
2. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto.
3. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto.
4. No renovación tacita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.
5. Cláusula de cooperación de reclamos

Cobertura Básica: Responsabilidad por errores y omisiones ¿ responsabilidad civil profesional medica.

Retroactividad: 1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario). Para el deducible correspondiente a procesos de conciliación, la fecha de retroactividad corresponde: el 21 de febrero de 2020.

Extensión De cobertura: Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.

1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%.

4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado.

5. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.

6. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante, dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.

7. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos.

8. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado, tenencia y control.

9. Uso de equipos, aparatos médicos y tratamientos médicos. Incluido, bajo la cobertura de RC Profesional; 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.

10. Lucro Cesante

11. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.

12. Se ampara los servicios de telemedicina para lesiones corporales debido a mala praxis.

Las principales exclusiones de la presente póliza son:

Exclusiones principales
Actos medicos prohibidos por leyes especificas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorizacion fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la practica de la prestacion de servicios profesionales de atencion en la salud de las personas, salvo que se trate de actos medicos y/o actividades de la Unidad de Investigacion del asegurado.

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el ¿paciente¿ a raíz de su condición.

Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.

Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¿paciente¿. Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.

Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.

El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.

Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.

Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado 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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.

Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de caracter administrativas.

Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.

Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.

Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¿paciente¿ y/u otra persona natural o jurídica a nombre del ¿paciente¿, y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho ¿paciente¿ por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.

Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.

La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.

Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¿paciente¿ excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestará la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.

El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.

El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.

El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.

Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

Pérdidas patrimoniales puras incluyendo pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD	30	MM	08	AAAA	2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	14	MM	09	AAAA	2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.

Condiciones

1. Cláusula de Notificación de Responsabilidades independientes ERCAON 027 (LSW1001)
2. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.
3. El asegurador nota el artículo 1081 y 1134 del Código de Comercio colombiano.
4. El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
5. Aviso de siniestro 30 días.
6. Cláusula de Cooperación de Reclamos, según anexo.
7. LEY Y JURISDICCIÓN
Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, 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.
8. Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza. Sin embargo, en los casos en los que la aseguradora sea llamada en garantía en virtud de una reclamación bajo la presente póliza, se entiende y acuerda que los reaseguradores asumirán los gastos de defensa de la aseguradora.
9. CLÁUSULA DE FLUCTUACIÓN CAMBIARIA No obstante que los valores asegurados se estipulan en Dólares americanos y también el valor de las primas, las partes convienen que el pago del valor de la prima, como de la indemnización en caso de eventual siniestro, se hará en Pesos Colombianos.
Para la liquidación de pago de primas, los pagos en pesos tendrán un valor equivalente al valor del Dólar Americano en la fecha del giro o transferencia; para el giro o transferencia se tomará como valor de referencia el valor de la tasa de cambio del Dólar Americano publicado por el Banco de la República o la entidad competente, en la fecha del giro o transferencia de la prima facturada y para el giro o transferencia de la pérdida del eventual siniestro o pago del siniestro será a la tasa de cambio del día de pago del siniestro.

Pago de prima: 45 DIAS INICIO DE VIGENCIA

Jurisdicción y Ley aplicable: Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.

Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.

Para efectos del lugar donde se admite se presenten reclamaciones de terceros será igual al ámbito territorial, es decir, Mundial exceptuando EEUU, Canadá y Puerto Rico; aunque para efectos del contrato de seguro la jurisdicción y legislación es Colombia y por tanto, el pago de cualquier reclamación se hará en Colombia

El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.

Límite Territorial: Colombia

Subjetividades
El reasegurador solicita la siguiente información 30 días después de inicio de vigencia. De no ser así, los reaseguradores podrán cancelar la póliza o modificar los términos.

Confirmación del Asegurado de no conocimiento de reclamos o circunstancias que puedan derivar en un reclamo, a la fecha de inicio del periodo de vigencia, diferentes a los compartidos para la cotización.

Confirmación del asegurado de no cambios materiales en la información proporcionada en el cuestionario, a la fecha de inicio del periodo de inicio de vigencia.

Por favor remitir el cuestionario firmado y fechado.

Exclusion de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto).

TEXTOS
EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA
Este Suplemento modifica la cobertura bajo:
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que: 1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:
Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia
De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:
a. transmisión de cualquier:
i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia, por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;

b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.

c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;

d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;

e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contenderé" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.

2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada. Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.
Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo. Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia. Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.
El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.
El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.
Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.

CLAUSULA DE COOPERACIÓN RECLAMOS
Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:

a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento no antes de 14 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo; y
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
e) con respecto a la participación del asegurador únicamente, no se hará ningún arreglo y/o compromiso y no se admitirá responsabilidad sobre ningún reclamo sin previo consentimiento escrito del asegurador.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.

CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO
No obstante, lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a noventa (90) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.
Todos los demás términos y condiciones no modificados, continúan en vigor.

ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:
No obstante cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por, que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma concurrente o en alguna otra secuencia;

(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento, poder militar o usurpado; o

(2) Algún acto de terrorismo.

Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.

Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.

Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar lo hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá en todo vigor y efecto.

CLÁUSULA DE CANCELACIÓN
(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd¿s)
Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo acostumbrada.
Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con 30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.
El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta con franqueo prepagado a la dirección apropiada.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-0000000000001008

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757678

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA879187	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,500,000,000.00	$1,264,000,000.00		$240,160,000.00	$1,504,160,000.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000890301584	DELIMA MARSH	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757678

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA879187
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	DESDE	DD 14	MM 09	AAAA 2020	HORA	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 14	MM 09	AAAA 2021	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA RENOVACION VIGENCIA 14/09/2020 AL 14/09/2021.

Tipo
Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original
Compania De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. - NIT. 800.251.440-6
Fundacion Keralty - NIT. 800.245.067-7
Medisanitas S.A. Compania de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2

Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestación y administración de servicios de salud.

Dirección: Calle 100 # 11 B - 67

Periodo Asegurado: Desde 30 de agosto de 2020 al 30 de Agosto de 2021 ambos días a las 00:00 horas.

Condiciones: Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas ¿ Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria.

Modalidad de cobertura: La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Interés: Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades de Servicios de Salud.

Suma asegurada: Primera Alternativa: COP $4.500.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.
Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.

Deducible: 1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.

Reclamos
Pagaderos en COP$0

Condiciones de seguro:
1. Cláusula de Acuerdo de Manejo de Control de Reclamos, de acuerdo a texto adjunto.
2. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto.
3. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto.
4. No renovación tacita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.
5. Cláusula de cooperación de reclamos

Cobertura Básica: Responsabilidad por errores y omisiones ¿ responsabilidad civil profesional medica.

Retroactividad: 1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario). Para el deducible correspondiente a procesos de conciliación, la fecha de retroactividad corresponde: el 21 de febrero de 2020.

Extensión De cobertura: Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.

1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal.

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.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757678

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA879187
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

3. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%.

4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado.

5. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.

6. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante, dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.

7. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos.

8. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado, tenencia y control.

9. Uso de equipos, aparatos médicos y tratamientos médicos. Incluido, bajo la cobertura de RC Profesional; 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.

10. Lucro Cesante

11. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.

12. Se amparan los servicios de telemedicina para lesiones corporales debido a mala praxis.

Las principales exclusiones de la presente póliza son:

Exclusiones principales
Actos medicos prohibidos por leyes especificas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorizacion fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la practica de la prestacion de servicios profesionales de atencion en la salud de las personas, salvo que se trate de actos medicos y/o actividades de la Unidad de Investigacion del asegurado.

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el ¿paciente¿ a raíz de su condición.

Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.

Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¿paciente¿. Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.

Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.

El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.

Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.

Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado no hubiesen cumplido con todos los requisitos

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757678

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA879187
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.

Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de caracter administrativas.

Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.

Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.

Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¿paciente¿ y/u otra persona natural o jurídica a nombre del ¿paciente¿, y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho ¿paciente¿ por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.

Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.

La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.

Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¿paciente¿ excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestará la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.

El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.

El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.

El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.

Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

Pérdidas patrimoniales puras incluyendo pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.

Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757678

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA879187
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.

Condiciones

1. Cláusula de Notificación de Responsabilidades independientes ERCAON 027 (LSW1001)
2. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.
3. El asegurador nota el artículo 1081 y 1134 del Código de Comercio colombiano.
4. El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
5. Aviso de siniestro 30 días.
6. Cláusula de Cooperación de Reclamos, según anexo.
7. LEY Y JURISDICCIÓN
Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, 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.
8. Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza. Sin embargo, en los casos en los que la aseguradora sea llamada en garantía en virtud de una reclamación bajo la presente póliza, se entiende y acuerda que los reaseguradores asumirán los gastos de defensa de la aseguradora.
9. CLÁUSULA DE FLUCTUACIÓN CAMBIARIA No obstante que los valores asegurados se estipulan en Dólares americanos y también el valor de las primas, las partes convienen que el pago del valor de la prima, como de la indemnización en caso de eventual siniestro, se hará en Pesos Colombianos.
Para la liquidación de pago de primas, los pagos en pesos tendrán un valor equivalente al valor del Dólar Americano en la fecha del giro o transferencia; para el giro o transferencia se tomará como valor de referencia el valor de la tasa de cambio del Dólar Americano publicado por el Banco de la República o la entidad competente, en la fecha del giro o transferencia de la prima facturada y para el giro o transferencia de la pérdida del eventual siniestro o pago del siniestro será a la tasa de cambio del día de pago del siniestro.

Pago de prima: 45 DIAS INICIO DE VIGENCIA

Jurisdicción y Ley aplicable: Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.

Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.

Para efectos del lugar donde se admite se presenten reclamaciones de terceros será igual al ámbito territorial, es decir, Mundial exceptuando EEUU, Canadá y Puerto Rico; aunque para efectos del contrato de seguro la jurisdicción y legislación es Colombia y por tanto, el pago de cualquier reclamación se hará en Colombia

El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.

Límite Territorial: Colombia

Subjetividades
El reasegurador solicita la siguiente información 30 días después de inicio de vigencia. De no ser así, los reaseguradores podrán cancelar la póliza o modificar los términos.

Confirmación del Asegurado de no conocimiento de reclamos o circunstancias que puedan derivar en un reclamo, a la fecha de inicio del periodo de vigencia, diferentes a los compartidos para la cotización.

Confirmación del asegurado de no cambios materiales en la información proporcionada en el cuestionario, a la fecha de inicio del periodo de inicio de vigencia.

Por favor remitir el cuestionario firmado y fechado.

Exclusion de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto).

TEXTOS
EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA
Este Suplemento modifica la cobertura bajo:
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.
Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que: 1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:
Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757678

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA879187
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:
a. transmisión de cualquier:
i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia, por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;

b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.

c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;

d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;

e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contenderé" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.

2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada. Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.
Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo. Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia. Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.
El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.
El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.
Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.

CLAUSULA DE COOPERACIÓN RECLAMOS
Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:

a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento no antes de 14 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo; y
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
e) con respecto a la participación del asegurador únicamente, no se hará ningún arreglo y/o compromiso y no se admitirá responsabilidad sobre ningún reclamo sin previo consentimiento escrito del asegurador.

Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757678

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA879187
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO
No obstante, lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a noventa (90) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.
Todos los demás términos y condiciones no modificados, continúan en vigor.

ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:
No obstante cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por, que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma concurrente o en alguna otra secuencia;

(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento, poder militar o usurpado; o

(2) Algún acto de terrorismo.

Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.

Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.

Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar lo hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá en todo vigor y efecto.

CLÁUSULA DE CANCELACIÓN
(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd¿s)
Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo acostumbrada.
Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con 30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.
El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta con franqueo prepagado a la dirección apropiada.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-0000000000001008

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA770721

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA892445	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
03	12	2020	**DESDE**	DD 20	MM 11	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,500,000,000.00	$-18,134,563.00		$-3,445,567.00	$-21,580,130.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000890301584	DELIMA MARSH	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA770721

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA892445
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
03	12	2020	**DESDE**	DD 20	MM 11	AAAA 2020	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.
NIT/CC 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67
E-MAIL RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM
TEL/MOVIL 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA AJUSTE DE PRIMAS REVERSANDO 50% EN EL VALOR ANTES DE IVA EN POLIZA:

POLIZA: AA195705
CERTIFICADO: AA858524
Ajuste 50% $18.134.563

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-0000000000001008

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES TECNICAS NO SE MODIFICAN

****

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA782381

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA905335	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
25	02	2021	**DESDE**	DD	09	MM	01	AAAA	2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	14	MM	09	AAAA	2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,530,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,530,000,000.00	$7,644,337.00		$1,452,424.00	$9,096,761.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000890301584	DELIMA MARSH	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA782381

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA905335
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
25	02	2021	**DESDE**	DD 09	MM 01	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA INCREMENTA EL LIMITE ASEGURADO:

INCREMENTO LIMITE: COP 30.000.000 EVENTO /VIGENCIA
PRIMA: US 2.149 (TRM COP 3,557.16): COP 7.644.337
****

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA AJUSTE DE PRIMAS REVERSANDO 50% EN EL VALOR ANTES DE IVA EN POLIZA:

POLIZA: AA195705
CERTIFICADO: AA858524
Ajuste 50% $18.134.563

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-00000000000001008

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES TECNICAS NO SE MODIFICAN

****

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810302

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA938495	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
16	09	2021	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,500,000,000.00	$31,251,731.00		$5,937,829.00	$37,189,560.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000890301584	DELIMA MARSH	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810302

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA938495
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
16	09	2021	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

RENOVACION

Tipo Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo
definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original ¿h Compania De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
¿h Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. - NIT. 800.251.440-6
¿h Fundacion Keralty - NIT. 800.245.067-7
¿h Medisanitas S.A. Compania de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
¿h Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2
Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestacion
y administracion de servicios de salud.

Direccion Calle 100 # 11 B - 67
Periodo asegurado

Condiciones Modalidad de cobertura
Responsabilidad Civil profesional para instituciones medicas ¡V Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Medico-Sanitaria
La cobertura para la presente poliza es bajo la modalidad deClaims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad
1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las
reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta poliza,
por los danos causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la poliza y por las cuales sean declaradas como
civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del dano se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del
1 de julio de 2006.

Interés
Garantizar la indemnización de daños y perjuicios comoconsecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de
usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades
de Servicios de Salud.

Suma asegurada COP $4.500.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.
Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en
el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial
a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.

Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y
cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP
50.000.000 por toda y cada perdida.
Reclamos
Pagaderos en
COP$
Cobertura
Básica
Retroactividad
Responsabilidad por errores y omisiones ¿ responsabilidad civil
profesional medica
1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta
(30) días calendario).
Extensión
De cobertura
Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye:
100% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.
1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado
haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud,
por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza,
de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad
civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo
su supervisión legal.
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. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%
4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post
grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por
permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión
y control de un profesional médico debidamente habilitado.
5. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no
podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810302

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA938495
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
16	09	2021	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

6. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante, dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.
7. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos
8. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado, tenencia y control
9. Cobertura de cirugías reconstructivas, la cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado derivada de los daños correspondientes a las reclamaciones al asegurado, por la realización de cirugías reconstructivas posterior a un accidente y las cirugías correctiva de anormalidades congénitas.
10. Lucro Cesante
11. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.
12. Se ampara los servicios de telemedicina para lesiones corporales debido a mala praxis.

Exclusiones principales

Las principales exclusiones de la presente poliza son:
¿h Actos medicos prohibidos por leyes especificas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorizacion fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la practica de la prestacion de servicios profesionales de atencion en la salud de las personas, salvo que se trate de actos medicos y/o actividades de la Unidad de Investigacion del asegurado.
¿h Actos medicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones cientificas legalmente reconocidas, salvo aquellos de caracter cientifico - experimental utilizados como ultimo remedio para el ¡§paciente¡¨ a raiz de su condicion.
¿h Salvo que se trate de la atencion de una urgencia vital se excluyen los actos medicos realizados bajo direccion, supervision o aprobacion del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitacion legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos medicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.
¿h El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar informacion bajo reserva.

¿h Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¡§paciente¡¨. Esta exclusion no aplica tratandose de pacientes hermafroditas.
¿h Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreacion, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocacion de un embarazo o de una procreacion siempre y cuando se realice a traves de metodos cientificamente probados por las ciencias medicas y aprobadas por la ley.
¿h El incumplimiento de algun convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico.
¿h La provocacion intencional del dano (dolo) en el ejercicio de la prestacion de los servicios de salud.
¿h Perjuicios derivados del uso de la energia nuclear con excepcion de aquellos que sean consecuencia de la utilizacion de la misma como parte de los servicios ensalud que presta el asegurado.
¿h Actos medicos que importen danos por contaminacion de sangre cuando el asegurado no hubiesen cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional medico en el ejercicio de su profesion, incluyendo pero no limitandose a la aceptacion, prescripcion, control, almacenamiento, conservacion y transfusion de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de areas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos medicos. Sin embargo, estan cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.
¿h Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de caracter administrativas.
¿h Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasion de enemigo extranjero, guerra civil, revolucion, insurreccion, huelga, motin, conmocion civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisicion y destruccion de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios politicos y sabotajes con explosivos.
¿h Contagio, infeccion, irradiacion, exposicion a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraida durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, subito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.
¿h Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¡§paciente¡¨ y/u otra persona natural o juridica a nombre del ¡§paciente¡¨, y con relacion a la prestacion de servicios y/o tratamientos a dicho ¡§paciente¡¨ por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810302

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA938495
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN		
16	09	2021	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00		14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00		DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

debidamente amparado por las condiciones generales de la poliza.
¿h Danos a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actue en su nombre, incluyendo danos por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparicion de
bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparicion o dano.
¿h La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta poliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan
trascendencia en un acto medico que origine responsabilidad del asegurado.
¿h Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al ¡§paciente¡ excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir mas pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atencion debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en
los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atencion al paciente, tales como: atencion de tipo psiquiatrico y obstetricia (atencion parto); sin embargo, en estos ultimos dos casos
(psiquiatrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestara la atencion prioritaria cuando sea pertinente, y remitira al paciente a otras instituciones.
¿h El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra pert urbacion atmosferica o de la naturaleza; asi como tambien los danos causados por la accion paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza.
Sin embargo, la presente poliza indemnizara los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasion de su actividad.
¿h El incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
¿h La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito, repentino e imprevisto.
¿h El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.
¿h El uso de armas de fuego con excepcion de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.
¿h Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.
¿h Danos causados por la aplicacion de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de
una institucion debidamente equipada y acreditada para tal fin.
¿h Perdidas patrimoniales puras incluyendo, pero no limitadas a perdida de utilidades, perdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta poliza.
¿h Con respecto a productos y equipos para el diagnostico o la terapeutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

¿h La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad semejante, sea publica o privada.
¿h Exclusion de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto)
Condiciones
seguro
1. Clausula de no renovacion tacita o automatica. Es entendido y acordado que no habra renovacion tacita o automatica de este seguro
2. Aviso de siniestro 30 dias
3. Clausula de Cooperacion de Reclamos, segun anexo.
4. Clausula de Cancelacion NMA 355 modificada a 30 dias calendario, de acuerdo a texto adjunto
5. Exclusion de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto
6. LEY Y JURISDICCION

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810302

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA938495
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
16	09	2021	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Con respecto a la interpretacion, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Poliza, el presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Codigo de Comercio y legislacion complementaria en materia de seguros y a la Jurisdiccion Colombiana.
Se entiende y acuerda que el Asegurado asumira todos los gastos de su propia defensa juridica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente poliza.

Jurisdicción y Ley aplicable
Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.
Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.
El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza erá el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.

CLAUSULA DE INTERMEDIACION Y CORRETAJE DE REASEGUROS
Aon Reinsurance Colombia - Corredores de Reaseguros es reconocido por el presente contrato como el Intermediario de Reaseguro que han negociado el mismo y a través del cual todas las comunicaciones, acuerdos y acciones relacionadas con este contrato (incluyendo pero no limitado a notificaciones, primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, salvamentos y pagos de siniestros) serán transmitidas. Cualquier información referente al manejo del presente contrato así como cualquier pago de primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, recuperaciones y pagos de siniestros, se hará por ese conducto Los servicios del Intermediario de Reaseguro serán prestados en la República de Colombia pero en favor del reasegurador que tiene su domicilio en el exterior

AON REINSURANCE COLOMBIA
UNIDAD DE RIESGOS FINANCIEROS Y PROFESIONALES

TEXTOS
EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA
Este Suplemento modifica la cobertura bajo:
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.
Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:
1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:
Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia
De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:
a. transmisión de cualquier:
i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o
ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia,
por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;
b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.

c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;
d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;
e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810302

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA938495
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
16	09	2021	**DESDE**	DD 14	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contenderé" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.
2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada.

Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.
Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo.
Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia.
Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.
El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.
El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.
Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.
CLAUSULA DE COOPERACIÓN RECLAMOS
Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:
a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento antes de 30 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo; y
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;

d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.

CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO
No obstante lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a noventa (90) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.
Todos los demás términos y condiciones no modificados, continúan en vigor.
ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810302

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA938495
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
16	09	2021	DESDE	DD 14	MM 09	AAAA 2021	HORA	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 22	MM 09	AAAA 2021	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.
NIT/CC 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67
E-MAIL RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM
TEL/MOVIL 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

No obstante cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por, que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma concurrente o en alguna otra secuencia;
(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento, poder militar o usurpado; o
(2) Algún acto de terrorismo.
Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.
Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.
Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar lo hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.
En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá en todo vigor y efecto.

NMA2919
08/10/2001
CLÁUSULA DE CANCELACIÓN
(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd¿s)
Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del
Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo acostumbrada.
Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con 30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.
El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta con franqueo prepagado a la dirección apropiada.
2/12/ 35
NMA 355

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810910

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA939138	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2021	**DESDE**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,530,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,530,000,000.00	$23,565,141.00		$4,477,377.00	$28,042,518.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000890301584	DELIMA MARSH	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810910

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939138
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2021	**DESDE**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA PRORROGA CON VIGENCIA:
22/09/2021 HASTA EL 27/09/2021 24:00 horas
****

Tipo Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo
definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original h Compania De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
h Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. - NIT. 800.251.440-6
h Fundacion Keralty - NIT. 800.245.067-7
h Medisanitas S.A. Compania de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
h Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2
Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestacion
y administracion de servicios de salud.

Direccion Calle 100 # 11 B - 67
Periodo asegurado

Condiciones
Modalidad de cobertura
Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas ¿Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria
La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad
1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten
terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el
desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre
y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Interés
Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de
usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades
de Servicios de Salud.
Suma asegurada
COP $4.530.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.
Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en
el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial
a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.
Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.
Reclamos
Pagaderos en
COP$
Cobertura
Básica
Retroactividad
Responsabilidad por errores y omisiones ¿ responsabilidad civil profesional medica
1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario).
Extensión
De cobertura
Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización por evento / agregado
anual.
1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado
haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud,
por los profesionales vinculados y/o adscritos, en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad
prestadora de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, de conformidad
con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura
incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal
a su servicio y bajo su supervisión legal
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. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%
4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post
grado que realicen sus prácticas médicas en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad prestadora
de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, habilitados por permiso/acuerdo
previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un
profesional médico debidamente habilitado.
5. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no
podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.
6. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante,

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810910

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939138
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2021	**DESDE**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.
7. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos
8. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado, tenencia y control
9. Cobertura de cirugías reconstructivas, la cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado derivada de los daños correspondientes a las reclamaciones al asegurado, por la realización de cirugías reconstructivas posterior a un accidente y las cirugías correctiva de anormalidades congénitas.
10. Lucro Cesante
11. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.
12. Se ampara los servicios de telemedicina para lesiones corporales debido a mala praxis.
13. Se otorga cobertura para visitas a domicilio. Se cubren las reclamaciones a consecuencia de la prestación de servicios profesionales realizados en el domicilio del paciente donde se alegue un acto médico erróneo.
Las principales exclusiones de la presente póliza son:
14. Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del asegurado.
15. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el ¿paciente¿ a raíz de su condición.
16. Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.
17. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.
18. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¿paciente¿. Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.
19. Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.
20. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
21. La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
22. Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.
23. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado 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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.
24. Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.
25. Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.
26. Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.
27. Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¿paciente¿ y/u otra persona natural o jurídica a nombre del ¿paciente¿, y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho ¿paciente¿ por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.
28. Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.
29. La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810910

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939138
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2021	DESDE	DD 22	MM 09	AAAA 2021	HORA	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 27	MM 09	AAAA 2021	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

30. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¿paciente¿ excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestará la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.
31. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como
humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.
32. El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
33. La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.
34. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.
35. El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.
36. Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.
37. Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.
38. Pérdidas patrimoniales puras incluyendo, pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.
39. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
40. La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.
41. Exclusión de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto)
Condiciones
seguro
1. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro
2. Aviso de siniestro 30 días
3. Cláusula de Cooperación de Reclamos, según anexo.
4. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto
5. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto
6. LEY Y JURISDICCIÓN
Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, 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.
Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente
excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza.
Pago de prima: 45 DIAS INICIO DE VIGENCIA

Jurisdicción y Ley aplicable
Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.
Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.
El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
Límite Territorial: Colombia

CLAUSULA DE INTERMEDIACION Y CORRETAJE DE REASEGUROS
Aon Reinsurance Colombia - Corredores de Reaseguros es reconocido por el presente contrato como el Intermediario de Reaseguro que han negociado el mismo y a través del cual todas las comunicaciones, acuerdos y acciones relacionadas con este contrato (incluyendo pero no limitado a notificaciones, primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, salvamentos y pagos de siniestros) serán transmitidas. Cualquier información referente al manejo del presente contrato así como cualquier pago de primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, recuperaciones y pagos de siniestros, se hará por ese conducto Los servicios del Intermediario de Reaseguro serán prestados en la República de Colombia pero en favor del reasegurador que tiene su domicilio en el exterior.
AON REINSURANCE COLOMBIA
UNIDAD DE RIESGOS FINANCIEROS Y PROFESIONALES

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810910

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939138
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2021	**DESDE**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA
Este Suplemento modifica la cobertura bajo:
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.
Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:
1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:
Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia
De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:
a. transmisión de cualquier:
i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o
ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia,
por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;
b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.
c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;
d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;
e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección
e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contenderé" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.
2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada.
Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.
Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo.
Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia.
Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.
El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.
El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.
Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.
CLAUSULA DE COOPERACIÓN RECLAMOS
Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:
a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento antes de 30 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo; y
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.
CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA810910

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939138
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
23	09	2021	**DESDE**	DD 22	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	00:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

No obstante lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a noventa (90) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.
Todos los demás términos y condiciones no modificados, continúan en vigor.
ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:
No obstante cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por, que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma concurrente o en alguna otra secuencia;
(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento, poder militar o usurpado; o
(2) Algún acto de terrorismo.
Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.
Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.
Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar lo hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.
En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá en todo vigor y efecto.
NMA2919
08/10/2001
CLÁUSULA DE CANCELACIÓN
(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd¿s)
Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo acostumbrada.
Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con 30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.
El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta con franqueo prepagado a la dirección apropiada.
2/12/ 35
NMA 355

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA939629	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
29	09	2021	**DESDE**	DD	27	MM	09	AAAA	2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	27	MM	09	AAAA	2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,530,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,530,000,000.00	$1,433,546,052.00		$272,373,750.00	$1,705,919,802.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000890301584	DELIMA MARSH	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939629
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
29	09	2021	**DESDE**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA RENOVACIÓN.
VIGENCIA:
22/09/2021 HASTA EL 27/09/2021 24:00 horas
****

Tipo Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo
definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original h Compania De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
h Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. - NIT. 800.251.440-6
h Fundacion Keralty - NIT. 800.245.067-7
h Medisanitas S.A. Compania de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
h Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2
Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestacion
y administracion de servicios de salud.

Direccion Calle 100 # 11 B - 67
Periodo asegurado

Condiciones
Modalidad de cobertura
Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas ¿Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria
La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad
1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten
terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el
desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre
y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Interés
Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de
usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades
de Servicios de Salud.
Suma asegurada
COP $4.530.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.
Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en
el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial
a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.
Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.
Reclamos Pagaderos en COP$
Cobertura Básica: Responsabilidad por errores y omisiones responsabilidad civil profesional medica
Retroactividad :1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario).
Extensión De cobertura Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización
por evento / agregado anual.
1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado
haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud,
por los profesionales vinculados y/o adscritos, en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad
prestadora de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, de conformidad
con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad
civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo
su supervisión legal
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. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%
4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post
grado que realicen sus prácticas médicas en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad prestadora
de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, habilitados por permiso/acuerdo
previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un
profesional médico debidamente habilitado.
5. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no
podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.
6. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante,
dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por
creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva
empresa.
7. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos
8. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado,
tenencia y control

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939629
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
29	09	2021	**DESDE**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

9. Cobertura de cirugías reconstructivas, la cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado derivada de los daños correspondientes a las reclamaciones al asegurado, por la realización de cirugías reconstructivas posterior a un accidente y las cirugías correctiva de anormalidades congénitas.
10. Lucro Cesante
11. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.
12. Se ampara los servicios de telemedicina para lesiones corporales debido a mala praxis.
13. Se otorga cobertura para visitas a domicilio. Se cubren las reclamaciones a consecuencia de la prestación de servicios profesionales realizados en el domicilio del paciente donde se alegue un acto médico erróneo.
Las principales exclusiones de la presente póliza son:
14. Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del asegurado.
15. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el ¿paciente¿ a raíz de su condición.
16. Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.
17. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.
18. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¿paciente¿. Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.
19. Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.
20. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
21. La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
22. Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.
23. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado 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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.
24. Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.
25. Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.
26. Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.
27. Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¿paciente¿ y/u otra persona natural o jurídica a nombre del ¿paciente¿, y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho ¿paciente¿ por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.
28. Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.
29. La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.
30. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¿paciente¿ excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestará la atención prioritaria

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939629
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
29	09	2021	**DESDE**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.
31. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como
humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.
32. El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
33. La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.
34. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.
35. El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.
36. Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.
37. Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.
38. Pérdidas patrimoniales puras incluyendo, pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.
39. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
40. La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.
41. Exclusión de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto)
Condiciones
seguro
1. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro
2. Aviso de siniestro 30 días
3. Cláusula de Cooperación de Reclamos, según anexo.
4. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto
5. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto
6. LEY Y JURISDICCIÓN
Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, 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.
Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente
excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza.
Pago de prima: 45 DIAS INICIO DE VIGENCIA

Jurisdicción y Ley aplicable
Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.
Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.
El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
Límite Territorial: Colombia

CLAUSULA DE INTERMEDIACION Y CORRETAJE DE REASEGUROS
Aon Reinsurance Colombia - Corredores de Reaseguros es reconocido por el presente contrato como el Intermediario de Reaseguro que han negociado el mismo y a través del cual todas las comunicaciones, acuerdos y acciones relacionadas con este contrato (incluyendo pero no limitado a notificaciones, primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, salvamentos y pagos de siniestros) serán transmitidas. Cualquier información referente al manejo del presente contrato así como cualquier pago de primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, recuperaciones y pagos de siniestros, se hará por ese conducto Los servicios del Intermediario de Reaseguro serán prestados en la República de Colombia pero en favor del reasegurador que tiene su domicilio en el exterior.
AON REINSURANCE COLOMBIA
UNIDAD DE RIESGOS FINANCIEROS Y PROFESIONALES

EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA
Este Suplemento modifica la cobertura bajo:
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.
Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:
1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939629
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
29	09	2021	DESDE	DD 27	MM 09	AAAA 2021	HORA	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 27	MM 09	AAAA 2022	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia
De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:
a. transmisión de cualquier:
i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o
ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia,
por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;
b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.
c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;
d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;
e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección
e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contenderé" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.
2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada.
Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.
Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo.
Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia.
Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.
El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.
El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.
Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.
CLAUSULA DE COOPERACION RECLAMOS
Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:
a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento antes de 30 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo; y
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.
CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO
No obstante lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a noventa (90) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.
Todos los demás términos y condiciones no modificados, continúan en vigor.
ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:
No obstante cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA939629
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
29	09	2021	**DESDE**	DD	27	MM	09	AAAA	2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	27	MM	09	AAAA	2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.
NIT/CC 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67
E-MAIL RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM
TEL/MOVIL 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por,
que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente
de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma
concurrente o en alguna otra secuencia;
(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra),
guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento,
poder militar o usurpado; o
(2) Algún acto de terrorismo.
Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza
o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o
en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares,
incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.
Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza
que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con
alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté
relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.
Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía
de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar lo hechos o
circunstancias excluyentes de su responsabilidad.
En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá
en todo vigor y efecto.
NMA2919
08/10/2001
CLÁUSULA DE CANCELACIÓN
(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd¿s)
Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido
el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo
acostumbrada.
Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con
30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores
reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.
El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta
con franqueo prepagado a la dirección apropiada.
2/12/ 35
NMA 355

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA941416	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
12	10	2021	**DESDE**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,530,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,530,000,000.00	$.00		$.00	$.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000890301584	DELIMA MARSH	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA941416
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
12	10	2021	**DESDE**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA RENOVACIÓN.
VIGENCIA:
27/09/2021 24:00 HASTA EL 27/09/2022 24:00 horas
****

Tipo Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo
definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original h Compania De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
h Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S - NIT. 800.251.440-6
h Fundacion Keralty - NIT. 800.245.067-7
h Medisanitas S.A.S Compania de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
h Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2
Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestacion
y administracion de servicios de salud.

Direccion Calle 100 # 11 B - 67
Periodo asegurado

Condiciones
Modalidad de cobertura
Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas ¿Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria
La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad
1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten
terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el
desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre
y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Interés
Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de
usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades
de Servicios de Salud.
Suma asegurada
COP $4.530.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.
Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en
el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial
a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.
Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.
Reclamos Pagaderos en COP$
Cobertura Básica: Responsabilidad por errores y omisiones responsabilidad civil profesional medica
Retroactividad :1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario).
Extensión De cobertura Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización
por evento / agregado anual.
1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado
haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud,
por los profesionales vinculados y/o adscritos, en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad
prestadora de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, de conformidad
con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad
civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo
su supervisión legal
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. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%
4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post
grado que realicen sus prácticas médicas en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad prestadora
de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, habilitados por permiso/acuerdo
previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un
profesional médico debidamente habilitado.
5. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no
podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.
6. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante,
dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por
creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva
empresa.
7. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos
8. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado,
tenencia y control

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA941416
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
12	10	2021	**DESDE**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

9. Cobertura de cirugías reconstructivas, la cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado derivada de los daños correspondientes a las reclamaciones al asegurado, por la realización de cirugías reconstructivas posterior a un accidente y las cirugías correctiva de anormalidades congénitas.
10. Lucro Cesante
11. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.
12. Se ampara los servicios de telemedicina para lesiones corporales debido a mala praxis.
13. Se otorga cobertura para visitas a domicilio. Se cubren las reclamaciones a consecuencia de la prestación de servicios profesionales realizados en el domicilio del paciente donde se alegue un acto médico erróneo.
Las principales exclusiones de la presente póliza son:
14. Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del asegurado.
15. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el ¿paciente¿ a raíz de su condición.
16. Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.
17. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.
18. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¿paciente¿. Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.
19. Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.
20. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
21. La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
22. Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.
23. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado 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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.
24. Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.
25. Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.
26. Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.
27. Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¿paciente¿ y/u otra persona natural o jurídica a nombre del ¿paciente¿, y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho ¿paciente¿ por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.
28. Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.
29. La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.
30. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¿paciente¿ excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestará la atención prioritaria

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA941416
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
12	10	2021	**DESDE**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.
31. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como
humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.
32. El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
33. La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.
34. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.
35. El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.
36. Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.
37. Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.
38. Pérdidas patrimoniales puras incluyendo, pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.
39. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
40. La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.
41. Exclusión de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto)
Condiciones
seguro
1. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro
2. Aviso de siniestro 30 días
3. Cláusula de Cooperación de Reclamos, según anexo.
4. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto
5. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto
6. LEY Y JURISDICCIÓN
Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, 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.
Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente
excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza.
Pago de prima: 45 DIAS INICIO DE VIGENCIA

Jurisdicción y Ley aplicable
Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.
Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.
El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
Límite Territorial: Colombia

CLAUSULA DE INTERMEDIACION Y CORRETAJE DE REASEGUROS
Aon Reinsurance Colombia - Corredores de Reaseguros es reconocido por el presente contrato como el Intermediario de Reaseguro que han negociado el mismo y a través del cual todas las comunicaciones, acuerdos y acciones relacionadas con este contrato (incluyendo pero no limitado a notificaciones, primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, salvamentos y pagos de siniestros) serán transmitidas. Cualquier información referente al manejo del presente contrato así como cualquier pago de primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, recuperaciones y pagos de siniestros, se hará por ese conducto Los servicios del Intermediario de Reaseguro serán prestados en la República de Colombia pero en favor del reasegurador que tiene su domicilio en el exterior.
AON REINSURANCE COLOMBIA
UNIDAD DE RIESGOS FINANCIEROS Y PROFESIONALES

EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA
Este Suplemento modifica la cobertura bajo:
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.
Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:
1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA941416
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
12	10	2021	**DESDE**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia
De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:
a. transmisión de cualquier:
i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o
ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia,
por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;
b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.
c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;
d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;
e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección
e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contenderé" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.
2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada.
Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.
Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo.
Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia.
Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.
El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.
El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.
Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.
CLAUSULA DE COOPERACION RECLAMOS
Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:
a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento antes de 30 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo; y
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.
CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO
No obstante lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a noventa (90) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.
Todos los demás términos y condiciones no modificados, continúan en vigor.
ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:
No obstante cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA811422

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA941416
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO MJAIME

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
12	10	2021	**DESDE**	DD 27	MM 09	AAAA 2021	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por,
que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente
de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma
concurrente o en alguna otra secuencia;
(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra),
guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento,
poder militar o usurpado; o
(2) Algún acto de terrorismo.
Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza
o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o
en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares,
incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.
Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza
que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con
alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté
relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.
Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía
de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar lo hechos o
circunstancias excluyentes de su responsabilidad.
En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá
en todo vigor y efecto.
NMA2919
08/10/2001
CLÁUSULA DE CANCELACIÓN
(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd¿s)
Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido
el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo
acostumbrada.
Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con
30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores
reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.
El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta
con franqueo prepagado a la dirección apropiada.
2/12/ 35
NMA 355

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA833316

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA960901	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**USUARIO**	JSOLANO
				DIRECCIÓN	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
28	02	2022	**DESDE**	DD 22	MM 02	AAAA 2022	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	_____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$4,750,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,750,000,000.00	$45,165,753.00		$8,581,493.00	$53,747,246.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
000890301584	DELIMA MARSH	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA833316

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA960901
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO JSOLANO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	02	2022	DESDE	DD 22	MM 02	AAAA 2022	HORA	24:00			14	07	2022
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 27	MM 09	AAAA 2022	HORA	24:00			DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE L PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA AUMENTO DEL VALOR ASEGURADO DE $220.000.000 PARA UN TOTAL $4.750.000.000

****

Tipo Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo
definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original h Compania De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
h Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S - NIT. 800.251.440-6
h Fundacion Keralty - NIT. 800.245.067-7
h Medisanitas S.A.S Compania de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
h Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2
Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales, participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la prestacion
y administracion de servicios de salud.

Direccion Calle 100 # 11 B - 67
Periodo asegurado

Condiciones
Modalidad de cobertura
Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas ¿Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria
La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad
1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten
terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el
desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre
y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Interés
Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de
usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades
de Servicios de Salud.
Suma asegurada
COP $4.530.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.
Limite único y combinado: Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en
el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial
a ser compartido por todos los Asegurados y en exceso del Deducible a cargo del Asegurado.
Deducible
1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.
Reclamos Pagaderos en COP$
Cobertura Básica: Responsabilidad por errores y omisiones responsabilidad civil profesional medica
Retroactividad :1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario).
Extensión De cobertura Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización
por evento / agregado anual.
1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado
haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud,
por los profesionales vinculados y/o adscritos, en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad
prestadora de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, de conformidad
con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad
civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo
su supervisión legal
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. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%
4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post
grado que realicen sus prácticas médicas en las entidades en donde el Asegurado tiene una relación con la entidad prestadora
de servicios de salud, siempre que el Asegurado sea nombrado en un proceso de negligencia médica, habilitados por permiso/acuerdo
previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un
profesional médico debidamente habilitado.
5. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no
podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.
6. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante,
dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por
creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva
empresa.
7. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos
8. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado,
tenencia y control
9. Cobertura de cirugías reconstructivas, la cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA833316

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA960901
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO JSOLANO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	02	2022	**DESDE**	DD 22	MM 02	AAAA 2022	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

derivada de los daños correspondientes a las reclamaciones al asegurado, por la realización de cirugías reconstructivas posterior a un accidente y las cirugías correctiva de anormalidades congénitas.
10. Lucro Cesante
11. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el 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.
12. Se amparan los servicios de telemedicina para lesiones corporales debido a mala praxis.
13. Se otorga cobertura para visitas a domicilio. Se cubren las reclamaciones a consecuencia de la prestación de servicios profesionales realizados en el domicilio del paciente donde se alegue un acto médico erróneo.
Las principales exclusiones de la presente póliza son:
14. Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del asegurado.
15. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el ¿paciente¿ a raíz de su condición.
16. Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.
17. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.
18. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¿paciente¿. Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.
19. Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.
20. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
21. La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
22. Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.
23. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado 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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.
24. Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.
25. Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.
26. Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.
27. Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¿paciente¿ y/u otra persona natural o jurídica a nombre del ¿paciente¿, y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho ¿paciente¿ por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.
28. Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.
29. La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del asegurado.
30. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¿paciente¿ excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestará la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA833316

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA960901
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO JSOLANO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	02	2022	**DESDE**	DD 22	MM 02	AAAA 2022	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

31. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como
humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.
32. El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
33. La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.
34. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.
35. El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.
36. Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.
37. Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.
38. Pérdidas patrimoniales puras incluyendo, pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta póliza.
39. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
40. La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.
41. Exclusión de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto)
Condiciones
seguro
1. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro
2. Aviso de siniestro 30 días
3. Cláusula de Cooperación de Reclamos, según anexo.
4. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto
5. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto
6. LEY Y JURISDICCIÓN
Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, 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.
Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente
excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza.
Pago de prima: 45 DIAS INICIO DE VIGENCIA

Jurisdicción y Ley aplicable
Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.
Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.
El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
Límite Territorial: Colombia

CLAUSULA DE INTERMEDIACION Y CORRETAJE DE REASEGUROS
Aon Reinsurance Colombia - Corredores de Reaseguros es reconocido por el presente contrato como el Intermediario de Reaseguro que han negociado el mismo y a través del cual todas las comunicaciones, acuerdos y acciones relacionadas con este contrato (incluyendo pero no limitado a notificaciones, primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, salvamentos y pagos de siniestros) serán transmitidas. Cualquier información referente al manejo del presente contrato así como cualquier pago de primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, recuperaciones y pagos de siniestros, se hará por ese conducto Los servicios del Intermediario de Reaseguro serán prestados en la República de Colombia pero en favor del reasegurador que tiene su domicilio en el exterior.
AON REINSURANCE COLOMBIA
UNIDAD DE RIESGOS FINANCIEROS Y PROFESIONALES

EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA
Este Suplemento modifica la cobertura bajo:
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.
Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:
1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:
Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA833316

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA960901
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO JSOLANO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	02	2022	**DESDE**	DD 22	MM 02	AAAA 2022	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:
a. transmisión de cualquier:
i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o
ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia,
por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;
b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.
c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;
d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;
e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección
e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contenderé" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.
2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada.
Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.
Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo.
Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia.
Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.
El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.
El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.
Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.
CLAUSULA DE COOPERACIÓN RECLAMOS
Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:
a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento antes de 30 días;
b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo; y
c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
d) el asegurado cooperara con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una perdida.
Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.
CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO
No obstante lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a noventa (90) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.
Todos los demás términos y condiciones no modificados, continúan en vigor.
ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:
No obstante cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por,

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA833316

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA960901
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO JSOLANO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
28	02	2022	**DESDE**	DD 22	MM 02	AAAA 2022	**HORA**	24:00	14	07	2022
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 27	MM 09	AAAA 2022	**HORA**	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente
de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma
concurrente o en alguna otra secuencia;
(1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra),
guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento,
poder militar o usurpado; o
(2) Algún acto de terrorismo.
Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza
o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o
en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares,
incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.
Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza
que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con
alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté
relacionada con los párrafos (1) y/ó (2) anteriores.
Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía
de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar lo hechos o
circunstancias excluyentes de su responsabilidad.
En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá
en todo vigor y efecto.
NMA2919
08/10/2001
CLÁUSULA DE CANCELACIÓN
(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd¿s)
Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido
el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo
acostumbrada.
Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con
30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores
reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.
El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta
con franqueo prepagado a la dirección apropiada.
2/12/ 35
NMA 355

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

RC PROFESIONAL
CLÍNICAS - HOSPITALES
Un producto de La Equidad Seguros Generales

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS/ HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR SANIDAD

CONDICIONES GENERALES

ALCANCE DE LA COBERTURA

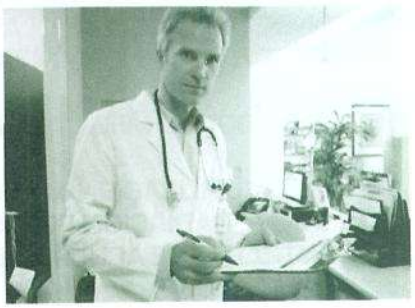
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLINICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.
B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ASEGURADO.
G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES).

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE. EL ALCANCE GENERAL DE LA COBERTURA ESTÁ DELIMITADO POR LOS SIGUIENTES AMPAROS, QUE APARECEN DEFINIDOS EN LA CLÁUSULA "DEFINICIÓN DE AMPAROS" Y POR LAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LA CLÁUSULA "EXCLUSIONES".

1. AMPAROS

A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA.
B. RESPONSABILIDAD CIVIL ESTUDIANTES EN PRACTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIÓN.
C. RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PERSONAL PARAMÉDICO.
D. USO DE EQUIPOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS.
E. PREDIOS , LABORES Y OPERACIONES
F. GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
G. MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS.



2. EXCLUSIONES

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LAS LESIONES CORPORALES O DAÑOS MATERIALES NI NINGUN OTRO PERJUICIO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:

1. DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MEDICA U ODONTOLÓGICA, CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA.

2. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3. RECLAMACIONES DERIVADAS DE APLICACIÓN DE TÉCNICAS NOVEDOSAS O EXPERIMENTALES O NO CONFORMES AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CIENCIA MEDICA

4. POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS O ATENCIÓN POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACIÓN CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO; SALVO QUE SE PACTE EXPRESAMENTE.

5. POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.

6. POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

7. POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.

8. POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO O LA TERAPIA A UN PACIENTE.

9. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.

10. RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS TIPO VIH, HEPATITIS C.

11. DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN Y CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.

12. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE.

13. EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ORTODONCISTAS DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA, EN UNA CLÍNICA/ HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

14. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y ACCIONES SIMILARES DONDE NO SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

15. POR DROGAS O MEDICAMENTOS, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

16. POR LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANER, RADIACIÓN POR ISOTOPOS, RADIOGRAFÍAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D, DE LA CLAUSULA 3 "DEFINICIÓN DE AMPAROS".

17. TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DAÑOS, LESIONES, PÉRDIDA O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO EL LUCRO CESANTE DERIVADOS DE EVENTOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL NO-RECONOCIMIENTO ELECTRÓNICO DE CUALQUIER FECHA REAL DE CALENDARIO, ESPECIALMENTE LA DEL CAMBIO DE MILENIO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CLÁUSULA 20 DE ESTA PÓLIZA.

18. POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXCEDENTE DE LA LEGAL, COMO DAÑOS DERIVADOS DE ACUERDOS O COMPROMISOS DEL ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CUALES SE HUBIERE COMPROMETIDO A UN RESULTADO, EFECTO O ÉXITO QUE EXCEDE SU OBLIGACIÓN LEGAL.

19. POR LA INEFICACIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

20. POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN VINCULADOS O ADSCRITOS AL TOMADOR/ASEGURADO AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O LA TERAPIA.

21. PERDIDAS FINANCIERAS PURAS.

22. TODA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

3. DEFINICIÓN DE AMPAROS:

A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA:

Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia, imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional.
Igualmente bajo esta cobertura se ampara la responsabilidad civil profesional imputable al asegurado como consecuencia de la sustitución que haya hecho sobre otro profesional de la misma especialidad siempre que este haya cumplido con las instrucciones/especificaciones dadas por el asegurado. No se cubre la responsabilidad profesional propia del médico sustitutivo.

B. RESPONSABILIDAD CIVIL ESTUDIANTES EN PRACTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIÓN AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.

Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia, imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado, haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o instituciones privadas del sector de la salud, por los estudiantes en práctica y estudiantes en especialización al servicio de la clínica, dentro y fuera de los predios asegurados, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional.

C. RESPONSABILIDAD CIVIL DE PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA

Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado, haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de la clínica, hospital y/o instituciones privadas del sector de la salud, por el personal paramédico (enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros), de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional.

D. USO DE EQUIPOS Y APARATOS MÉDICOS

Este amparo cubre la responsabilidad civil derivada de la posesión o uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o terapia, siempre y cuando estén reconocidos por la ciencia médica. Adicionalmente se incluyen dentro de esta cobertura los siguientes equipos.

Paragrafo: para los siguientes aparatos se requiere acuerdo expreso mediante anexo:

1. Equipos de radiografía con fines de diagnostico.
2. Equipos de rayos x.
3. Equipos de tomografía por ordenador (scanner).
4. Equipos de radiación por isotopos.
5. Equipos de generación de rayos láser.
6. Equipos de medicina nuclear incluyendo las materias radioactivas necesarias para su funcionamiento.

E. PREDIOS LABORES Y OPERACIONES

Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión y uso de los predios asegurados, en donde se desarrolla su actividad.

F. GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL:

Este amparo cubre las costas y gastos en que incurra el tomador/asegurado para defensa en los procesos promovidos en su contra, por el paciente o sus causahabientes, tanto de manera judicial (proceso civil), como de manera extrajudicial (descargos en secretaria de salud, requerimientos a superintendencia, y similares), los cuales se surtan por eventos amparados por esta póliza. La Equidad solo reconocerá como honorarios profesionales, aquellos establecidos en las tarifas del colegio de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

G. MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS.

Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia, imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o instituciones privadas del sector salud, por los profesionales de la medicina vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional, por el uso de materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos.

4. GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS

El asegurado durante la vigencia del seguro se compromete a mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes y así mismo se compromete a ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad técnicas, sanitarias y medicas.
El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las sanciones previstas en el artículo 1061 del Código de Comercio.

5. DEFINICIÓN DE SINIESTRO:

Para los efectos del presente seguro, se entiende por siniestro el acto médico o hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad civil profesional al tomador/asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

6. DEDUCIBLE

Es la suma que hace parte de la indemnización que por convenio expreso el asegurado asume en cada siniestro, según lo estipulado en la carátula de la póliza.

7. LIMITES DE LA COBERTURA

7.1 LIMITE TEMPORAL

El presente seguro, no cubre eventos ocurridos antes de la fecha de iniciación de vigencia de la presente póliza, por los que se pueda imputar responsabilidad civil al asegurado, aunque la reclamación por las consecuencias se presente dentro de la vigencia.

7.2 LIMITE TERRITORIAL

El presente seguro se refiere única y exclusivamente a actividades realizadas en el territorio Colombiano bajo legislación y jurisdicción Colombianas.

8. LIMITE ASEGURADO

La suma consignada en la carátula de la presente póliza constituye la responsabilidad máxima de La Equidad, por un evento o por gastos o cualesquiera otra clase de desembolsos, que se causen con ocasión del siniestro amparado.

Los sub-limites estipulados para algunos amparos contemplados en la carátula de la presente póliza no incrementan la responsabilidad máxima del asegurado por lo tanto no aumentan el límite asegurado.

9. PAGO DE LA PRIMA.

Es obligación del tomador o asegurado pagar la prima dentro del plazo pactado y señalado como fecha máxima de pago en la carátula de la póliza o en sus anexos, o certificados expedidos con fundamento en ella.

Parágrafo -mora.- el no pago de la prima dentro del plazo estipulado en esta póliza o en sus anexos o certificados expedidos con fundamento en ella, producirá la terminación automática del seguro.

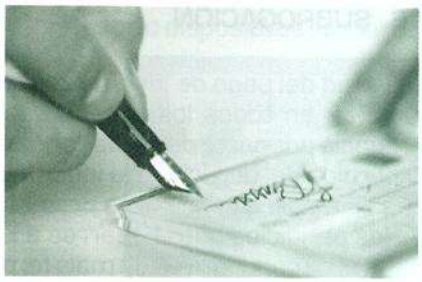
10. OBLIGACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

A. Comunicar a La Equidad la ocurrencia de cualquier evento que pueda dar lugar al pago de indemnización bajo esta póliza, dentro del término legal de tres (3) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que haya conocido o debido conocer tal circunstancia.

B. Cuando ocurra un siniestro cubierto por ésta póliza, el tomador/asegurado tienen la obligación de emplear los medios de que disponga para impedir su expansión o progreso.

C. Acompañar las pruebas legales pertinentes (dictámenes médicos, historias clínicas, facturas, etc.), y comunicar por escrito a La Equidad todos los detalles y hechos, que demuestren plenamente la responsabilidad del tomador/asegurado, la ocurrencia del siniestro y la cuantía de los perjuicios causados, así como la relación de causalidad con la prestación del servicio.

D. Si el asegurado o la víctima incumplieren las obligaciones que le corresponden en caso de siniestro, La Equidad podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.



11. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El tomador/asegurado o el tercero damnificado quedaran privados de todo derecho procedente de la presente póliza en caso que la reclamación presentada fuese de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

12. DERECHOS DE LA EQUIDAD EN CASO DE SINIESTRO

Cuando ocurra un siniestro, La Equidad podrá:

A. Inspeccionar los edificios, locales o sitios en los que ocurrió el siniestro.

B. Colaborar con el asegurado para evaluar médica y económicamente los perjuicios efectivamente causados y para determinar la causa y consecuencias de los mismos, para lo cual La Equidad se reserva el derecho de examinar a la víctima y de ingresar a los predios asegurados, examinar los libros y demás documentos del tomador/asegurado e historias clínicas relacionadas con el reclamo.

C. Las facultades conferidas a La Equidad por esta condición podrán ser ejercidas por ella en cualquier momento hasta tanto que el tomador/asegurado o la víctima le comuniquen por escrito que renuncia y/o desiste de la reclamación presentada judicial o extrajudicialmente.

El simple ejercicio de las facultades conferidas a La Equidad por la presente condición, no significa aceptación de alguna obligación para el pago de la indemnización, ni tampoco disminuirá los derechos contractuales o legales emanados del presente contrato de seguro.

13. OPORTUNIDAD PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Equidad pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el tomador/asegurado o los causahabientes acrediten la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, siempre y cuando La Equidad, dentro de este plazo, no haya hecho objeción válida.

14. RETICENCIA, ERRORES E INEXACTITUDES

El tomador/asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo o su agravación. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Equidad la hubieran retraído de celebrar el contrato de seguro, dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

15. MODIFICACIONES AL ESTADO DEL RIESGO.

El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a la equidad los hechos o circunstancias no previsibles 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 no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, el asegurador podrá 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, pero sólo la mala fe del tomador/asegurado dará derecho a la equidad a retener la prima no devengada.

16. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de indemnización, La Equidad se subroga por ministerio de la ley y hasta la concurrencia de su importe, en todos los derechos del tomador/asegurado contra las personas responsables del siniestro. La renuncia por parte del tomador/asegurado a su derecho contra terceros responsables del siniestro le acarreará la pérdida del derecho a la indemnización. El tomador/asegurado, a petición de La Equidad, deberá hacer todo lo que este a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y será responsable de los perjuicios que le acarree a La Equidad su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación. En todo caso, si su conducta es de mala fe, perderá el derecho a la indemnización.

17. REVOCACIÓN

La póliza podrá ser revocada en los siguientes casos:

A. Cuando el tomador/asegurado solicite por escrito la revocación a la equidad, en cuyo caso cobrara la prima a prorrata para el tiempo en que el seguro ha estado vigente, más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual.

B. Diez (10) días después que La Equidad envié aviso escrito al tomador/asegurado notificando su voluntad de revocar el seguro, en este caso, la equidad le devolverá la prima no devengada, si a ello hubiere lugar.

18. NOTIFICACIONES

En cualquier declaración que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección conocida de la otra parte.

También será prueba suficiente de que la notificación ha sido formalizada, la constancia del "recibido" con la firma respectiva del funcionario autorizado de la parte destinataria.

19. NULIDAD Y TERMINACIÓN

Adicionales a las causales establecidas en la ley, este seguro se terminará automáticamente en el momento en que el tomador/asegurado sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad y/o profesión.

En caso de que la inhabilidad se refiere a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del tomador/asegurado, el seguro terminara automáticamente para estas personas, las cuales se consideraran excluidas de la cobertura.

20. DEFINICIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOBRE RECONOCIMIENTO ELECTRÓNICO DE FECHAS.

Esta póliza excluye todo tipo de responsabilidad civil, daño, pérdida o gasto de cualquier naturaleza, así como el lucro cesante que haya sido o sea ocasionado directa o indirectamente (sin importar que otra causa o evento haya contribuido) por, o que consista en, o que surja de, o que esté relacionado con:

1. El no reconocimiento electrónico de la fecha real del calendario.

2. No haber adecuado correctamente el software y/o el hardware para tomar, aplicar, interpretar o reconocer electrónicamente la fecha y hora 0:00 del 01 del mes de enero del año 2000 y las fechas y horas anteriores y subsiguientes ya sea hora, día, mes y año.

3. Cualquier funcionamiento defectuoso, falla, avería o imposibilidad de procesamiento parcial o total, de uno cualquiera de los siguientes elementos, sean o no de propiedad del tomador y/o asegurado.

A. Software, hardware, chips o microchips incorporados, circuitos integrados o impresos o dispositivos similares en equipos computarizados o no computarizados.

B. Sistemas, procesos, servicios o productos que dependan directa o indirectamente de alguno de los objetos mencionados en el literal a.

4. Cualquier toma u omisión de medidas preventivas o correctivas para remediar, corregir, cambiar o convertir cualquier equipo o aparato medico.

5. Cualquier tipo de asesoramiento, consulta, consejo, diseño, evaluación o inspección relacionados con el reconocimiento de fechas en procesamientos o en operaciones de cualquier naturaleza.

6. La no presentación o la presentación errónea de informes sobre presupuestos, costos, gastos, hechos materiales o efectos financieros relacionados con medidas para remediar, corregir, cambiar, modificar o convertir cualquiera de los objetos o asuntos mencionados en el numeral 3º. literales a. y b.

Parágrafo: los problemas a consecuencia o relativos al reconocimiento electrónico de fechas, incluyendo la de cambio del milenio, para efectos de la presente exclusión significa, entre otros eventos, cualquier falla o error en:

1) El reconocimiento electrónico de cualquier fecha real.

2) El registro, preservación, conservación, manipulación, interpretación o procedimiento correcto de cualquier dato o base de dato, información, producto, orden, proceso o interpretación que surja como consecuencia de haber tomado cualquier fecha, distinta a la fecha real del calendario.

3) El registro, preservación, conservación, manipulación, interpretación, o procedimientos correctos de cualquier dato, producto, proceso u orden que surja como consecuencia del manejo de cualquier información, comando o instrucción programada en cualquier software o red de computadoras, cuando una información, comando o instrucción cause la pérdida de datos o la imposibilidad de registrar, preservar, conservar, manipular, interpretar o procesar cualquier dato en una fecha cualquiera.

4) Fallas o errores en el cálculo, comparación, diferenciación, secuenciación, procesamiento de datos, así como los cambios, alteraciones o modificaciones en el software, hardware, chips, microchips, circuitos integrados y demás dispositivos o elementos mencionados en el numeral 3º. , literales a. y b., sean o no de propiedad del asegurado, que involucren cualquier cambio de fecha, inclusive el cambio por el año 2000 o años bisiestos.

21. CLAUSULAS ADICIONALES

21.1 COBERTURA AUTOMÁTICA DE NUEVOS EQUIPOS

Este seguro cubre de manera automática la responsabilidad civil causada por nuevos equipos adquiridos por el tomador/asegurado, siempre y cuando sean reportados dentro del los 60 días siguientes a su adquisición.

21.2 COBERTURA AUTOMÁTICA NUEVOS PREDIOS:

Este seguro cubre de manera automática los nuevos predios adquiridos por el tomador/asegurado, siempre y cuando sean reportados dentro de los 60 dias siguientes a su adquisición.

22. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de la equidad la ciudad de bogotá.

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales
En Apoyo a los Juzgados Laborales del Circuito de Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Lunes 26 de Septiembre del 2022
HORA: 3:20:39 pm

Se ha registrado en el sistema, la carga de 7 archivos suscritos a nombre de; David Santiago Rojas Bernal, con el radicado; 202200081, correo electrónico registrado; SANTIAGORB96@HOTMAIL.COM, dirigidos 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
CERTICADORV.pdf
CERTIFICADOCHUBB.pdf
CONTESTACIONDEMANDAYLLAMAMIENTO.pdf
PODER.pdf
POLIZA40878.pdf
POLIZA46343.pdf
POLIZA51389.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20220926152043-RJC-26392

Medellín, septiembre de 2022

Señores
JUZGADO 02 CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
E. S. D.

Proceso	Verbal Responsabilidad Civil
Demandante:	**María Asceneth Buitrago de Salazar y otros**
Demandado:	**Clínica Ospedale Manizales S.A. y otros**
Radicado:	170013103002 **2022 00081** 00
Asunto:	Contestación a la demanda y al llamamiento en garantía de la Clínica Ospedale Manizales S.A.

David Santiago Rojas Bernal abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.152.215.070, portador de la T.P. 382.847 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrito de la sociedad de servicios jurídicos **RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.**, apoderada judicial de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.** (en adelante **Chubb**), de conformidad con el poder que se adjunta con el presente escrito, mediante el presente, me permito dar respuesta a la demanda promovida por la señora **María Asceneth Buitrago de Salazar y otros**, en contra de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**, y al llamamiento en garantía formulado por ésta frente a **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, en los siguientes términos:

SECCIÓN 1: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. Oposición a las pretensiones de la demanda

Actuando en nombre y representación de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.** me opongo expresamente a la prosperidad de todas las pretensiones declarativas y de condena formuladas en la demanda en contra de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**, por no existir responsabilidad en cabeza de la entidad demandada por los hechos que se le imputan. En consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho absolver a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** de cualquier imputación de responsabilidad y, correlativamente, condenar a la parte demandante al pago de las costas y agencias en derecho que se causen con ocasión del trámite del proceso.

En particular, me opongo a la prosperidad de las **pretensiones declarativas y de condena**, así:

A la primera. Me opongo a que se declara que entre Mónica Liliana Cifuentes Salazar y la Entidad Promotora de Salud Sanitas existió un contrato de afiliación al sistema de seguridad social pues no existe prueba de dicho negocio jurídico.

A la segunda. Me opongo a que se declare que entre la Entidad Promotora de Salud Sanitas y la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** existió un contrato de prestación de servicios para la atención de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar en tanto no existe prueba del mencionado acto jurídico.

A la tercera. Me opongo a que se declare que entre la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** y Brahyan Steven López Largo existió un contrato para la prestación de servicios de salud en tanto no existe prueba del mencionado acto jurídico.

A la cuarta. Me opongo a que se declare que la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** es extracontractual, civil y solidariamente responsable de los perjuicios que afirman haber sufrido los demandantes, con ocasión de una supuesta inadecuada prestación del servicio médico brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, pues la atención que esta última recibió en la institución demandada fue oportuna, especializada, de calidad y respetuosa de los protocolos y *la lex artis* aplicables al caso. Por tanto, no existió falla en la prestación del servicio médico que permita imputarle responsabilidad a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**

A la quinta: Me opongo a que se condene a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** a reconocer y pagar los perjuicios inmateriales en su modalidad de perjuicio moral que dicen haber sufrido los demandantes. Lo anterior en virtud de que no existió una falla en la prestación del servicio médico brindado por la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**, en tanto la historia clínica que reposa en el expediente da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al paciente, asimismo, teniendo en cuenta que no existió ninguna culpa imputable a la demandada y que el supuesto que nos ocupa no hace parte de aquellos en los que se reconoce responsabilidad objetiva.

A la sexta: Me opongo a que se condene a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** al reconocimiento de la indexación de las sumas de dinero pretendidas. Lo anterior en virtud de que no existió una falla en la prestación del servicio médico brindado por la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**, en tanto la historia clínica que reposa en el expediente da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al paciente, asimismo, teniendo en cuenta que no existió ninguna culpa imputable a la demandada y que el supuesto que nos ocupa no hace parte de aquellos en los que se reconoce responsabilidad objetiva.

A la séptima: Me opongo a que se condene a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** a reconocer y pagar las costas y agencias en derecho. Lo anterior en virtud de que no existió una falla en la prestación del servicio médico brindado por la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**, en tanto la historia clínica que reposa en el expediente da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al paciente, asimismo, teniendo en cuenta que no existió ninguna culpa imputable a la demandada y que el supuesto que nos ocupa no hace parte de aquellos en los que se reconoce responsabilidad objetiva.

II. A los hechos de la demanda

Al 1.1. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta la relación entre los señores Rubén Darío Cifuentes Arcila y Bertha Ligia Salazar de Cifuentes ni los hijos que procrearon. No obstante, no parecer ser cierto pues, de conformidad con la documentación que obra en el plenario, la señora Bertha Ligia no es la madre de Natalia y Germán Darío Cifuentes Salazar. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 1.2. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le constan las circunstancias de tiempo, modo y lugar del nacimiento y fallecimiento de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Sin embargo, parece ser cierto de conformidad con la documentación que obra en el expediente. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 1.3. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta la información de afiliación al sistema de seguridad social en salud de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 1.4. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta que la señora María Asceneth Buitrago de Salazar haya fungido como madre de crianza de la señora Mónica Cifuentes. Los demandantes tendrán la carga de probar dichas afirmaciones pues no encuentra respaldo en los medios de prueba solicitados. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 1.5. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le constan las condiciones que en vida tuvo la señora Mónica Liliana ni quien compartía su vivienda. Los demandantes tendrán la carga de probar dichas afirmaciones pues no encuentra respaldo en los medios de prueba solicitados. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 1.6. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta la participación del demandante Rubén Darío Cifuentes Arcila en la crianza de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Los demandantes tendrán la carga de probar dichas afirmaciones pues no encuentra respaldo en los medios de prueba solicitados. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 1.7. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta la participación de los demandantes en la crianza de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Los demandantes tendrán la carga de probar dichas afirmaciones pues no encuentra respaldo en los medios de prueba solicitados. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.1. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le constan las comorbilidades ni antecedentes patológicos que padecía la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. No obstante, parece ser cierto de conformidad con la historia clínica de la paciente que obra en el plenario. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.2. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la programación del procedimiento quirúrgico denominado cirugía antirreflujo gastroesofágico más reconstrucción de esfínter por laparoscopia. No obstante, parece ser cierto de conformidad con la historia clínica de la paciente que obra en el plenario. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.3. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Sin embargo, parece ser cierto y, por contener este numeral transcripción parcial a elección del demandante, Chubb manifiesta que se atiene al contenido íntegro y literal de la anotación realizada en la historia clínica de la paciente.

Al 2.4. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. No obstante, no parece ser cierto en tanto la señora Alba Danery Salazar Buitrago suscribió consentimiento informado general, de anestesia y enfermería en los que manifestó entender las posibles consecuencias, complicaciones o efectos adversos del procedimiento quirúrgico denominado cirugía antirreflujo gastroesofágico más reconstrucción de esfínter por laparoscopia. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.5. El presente numeral no comporta un hecho técnicamente, se refiere a consideraciones subjetivas del demandante que carecen de sustento científico. El apoderado no ostenta los conocimientos profesionales especializados necesarios para realizar dichas aseveraciones ante las cuales mi representada no está en la obligación de pronunciarse.

Al 2.6. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.7. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. No obstante, no aparece palmario que en la condición de la paciente en el posoperatorio fuese necesario el suministro de anticoagulantes como lo sugiere el apoderado en el libelo, los demandantes tienen la carga de probar que dicho medicamento se requería para evitar la formación de coágulos y estaba indicado para el tratamiento de la señora Mónica Liliana. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.8. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. No obstante, no aparece palmario que en la condición de la paciente en el posoperatorio fuese necesario el suministro de anticoagulantes como lo sugiere el apoderado en el libelo, los demandantes tienen la carga de probar que dicho medicamento se requería para evitar la formación de coágulos y estaba indicado para el tratamiento de la señora Mónica Liliana. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.9. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. No obstante, no parece ser cierto dado que la historia clínica da cuenta de atenciones en el posoperatorio por parte del médico general y el especialista en cirugía. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.10. El presente numeral refiere diversas afirmaciones que merecen un pronunciamiento por separado de mi representada:

- Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Sin embargo, parece ser cierto que se realizó esa anotación y, por contener este numeral transcripción parcial a elección del demandante, Chubb manifiesta que se atiene al contenido íntegro y literal de la anotación realizada en la historia clínica de la paciente.

- En relación con la supuesta omisión de ordenar medidas anti embólicas, no aparece palmario que en la condición de la paciente en el posoperatorio fuese necesario el suministro de anticoagulantes como lo sugiere el apoderado en el libelo, los demandantes tienen la carga de probar que dicho medicamento se requería para evitar la formación de coágulos y estaba indicado para el tratamiento de la señora Mónica Liliana.

Al 2.11. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Sin embargo, parece ser cierto que se realizó esa anotación y, por contener este numeral transcripción parcial a elección del demandante, Chubb manifiesta que se atiene al contenido íntegro y literal de la anotación realizada en la historia clínica de la paciente.

Al 2.12. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Sin embargo, no parece ser cierto que los familiares hayan referido la mencionada sintomatología al personal médico profesional, los demandantes tienen la carga de probar dichas afirmaciones señalando desde ahora que no se encuentra prueba si quiera sumaria o indicio orientado a demostrarlas. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.13. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Sin embargo, parece ser cierto que se realizó esa anotación y, por contener este numeral transcripción parcial a elección del demandante, Chubb manifiesta que se atiene al contenido íntegro y literal de la anotación realizada en la historia clínica de la paciente.

Al 2.14. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.15. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. No obstante, no parece ser cierto pues de conformidad con la historia clínica que obra en el expediente el médico tratante

determino que la paciente no era candidata para realizar maniobras de reanimación avanzada debido a sus comorbilidades. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.16. El presente numeral refiere diversas afirmaciones que merecen un pronunciamiento por separado:

- En relación con la supuesta necesidad de ordenar la remisión a una unidad de cuidado intensivo o intermedio, este numeral no comporta un hecho técnicamente, se refiere a consideraciones subjetivas del demandante que carecen de sustento científico. El apoderado no ostenta los conocimientos profesionales especializados necesarios para realizar dichas aseveraciones ante las cuales mi representada no está en la obligación de pronunciarse.
- Frente al tratamiento para el tromboembolismo pulmonar, es necesario precisar que el diagnóstico aún era presuntivo y que no aparece palmario que en la condición de la paciente en el posoperatorio se requiriera el suministro de inotrópicos o vasopresores como lo sugiere el apoderado en el libelo, los demandantes tienen la carga de probar que dicho medicamento estaba indicado para el tratamiento de la señora Mónica Liliana.

Al 2.17. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 2.18. El presente numeral no comporta un hecho técnicamente, se refiere a consideraciones subjetivas del demandante que carecen de sustento científico. El apoderado no ostenta los conocimientos profesionales especializados necesarios para realizar dichas aseveraciones ante las cuales mi representada no está en la obligación de pronunciarse.

Al 2.19. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Sin embargo, no parece ser cierto pues no obra prueba si quiera sumaria o indicio alguno orientado a dar probadas dichas afirmaciones. Los demandantes tienen la carga de probar que las manifestaciones del médico López Largo fueron expresamente las señaladas en este numeral.

Al 2.20. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le constan los criterios técnicos establecidos para el ingreso a unidades de cuidado intensivo e intermedio. Sin embargo, los demandantes deberán probar que la sintomatología de la paciente corresponde a una falla ventilatoria que requería el mencionado cuidado, así como la inexistencia de contraindicación de remisión a unidades de cuidado intensivo e intermedio para pacientes con las comorbilidades de la señora Cifuentes Salazar. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el despacho.

Al 2.21. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le constan los criterios técnicos establecidos para la exclusión de ingreso a unidades de cuidado intensivo e intermedio. Sin embargo, los demandantes deberán probar que la sintomatología de la paciente no corresponde a uno de los referidos en dicha norma técnica. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el despacho.

Al 2.22. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Sin embargo, parece ser cierto de conformidad con la historia clínica de la paciente. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el despacho.

Al 2.23. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el despacho.

Al 2.24. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represente, a Chubb no le consta la atención, diagnóstico y tratamiento recibido por la paciente en las instalaciones del centro médico Clínica Ospedale Manizales. No obstante, parece ser cierto, de conformidad con la historia clínica que obra en el expediente. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el despacho.

Al 3.1. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le constan las repercusiones que haya tenido del fallecimiento de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar en la demandante María Asceneth Buitrago de Salazar. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 3.2. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le constan las repercusiones que haya tenido del fallecimiento de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar en los demandantes. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 3.3. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta la presentación de la denuncia. Sin embargo, los demandantes deberán probar el contenido de la denuncia en tanto solo aportan una constancia de radicación de un documento cuyas especificidades se desconocen. Al respecto, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho al interior del proceso.

Al 3.4. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta el trámite de conciliación prejudicial agotado por los demandantes. Sin embargo, parece ser cierto de conformidad con la constancia de no acuerdo expedida por el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Sociedad Colombiana de Arquitectos Caldas el 22 de marzo de 2022.

III. Objeción al Juramento Estimatorio

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, de manera expresa **objeto** la estimación de los perjuicios efectuada bajo juramento en la demanda, pues no se incluyó dicho apartado en el escrito de demanda.

De esta manera, se observa que la parte demandante no cumplió con la carga que corresponde al juramento, toda vez que no estimó el monto de los perjuicios adecuadamente según la técnica jurídica requerida, así mismo, los perjuicios patrimoniales no están inventariados y en las pretensiones carecen de sustento probatorio.

Concretamente, frente al daño patrimonial de lucro cesante aducido por los demandantes se precisa que no se aportan pruebas que permitan soportar su existencia ni la cuantía y extensión de dicho perjuicio, ni su relación con la atención médica que el paciente recibió en la Clínica Ospedale Manizales S.A, motivo por el cual me opongo a la estimación realizada por los demandantes frente a este perjuicio.

IV. Defensas y excepciones

Obrando en nombre y representación de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, además de las excepciones que han sido formuladas al dar respuesta a los hechos de la demanda y de las que resulten probadas en el proceso, las cuales deberá declarar de oficio el Despacho de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del CGP, propongo las siguientes defensas y excepciones:

1. **Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa de la Clínica Ospedale Manizales S.A.**

La doctrina y la jurisprudencia nacional e internacional aceptan, de manera pacífica, que la gran mayoría de casos en los que se analiza la responsabilidad derivada de un acto médico corresponden a un tipo de responsabilidad de naturaleza subjetiva, y ello es así, porque pese a los múltiples avances en el campo de la medicina, esta sigue siendo una ciencia inexacta. Lo anterior quiere decir que, para que sea posible la imputación de responsabilidad civil médica, es indispensable la constatación de una conducta culposa que sea relevante en la causación del resultado dañoso que, en los casos de responsabilidad médica, corresponde a una falla médica imputable a los demandados. De esta manera, solo en eventos excepcionalísimos se ha hablado de responsabilidad objetiva, y unos y otros dependen del marco obligacional aplicable al agente.

Ahora bien, cuando lo que se discute es la eventual responsabilidad civil médica, corresponde al demandante demostrar con plena prueba, que el daño fue causado por una conducta negligente, culposa, imprudente o imperita del demandado por haber inobservado las leyes, protocolos y en general la *lex artis* aplicable al caso; siendo la responsabilidad médica un régimen en el que rige, como principio general la culpa probada imputable al presuntamente responsable. Y éste es el principio que rige en el caso *sub judice.*

Por lo tanto, para que la parte demandada resulte responsable en este caso, es indispensable que la parte demandante logre acreditar una conducta culposa atribuible a cada uno de los demandados. Sin embargo, destacamos desde ya que, en el proceso de la referencia, tal prueba no será lograda por los demandantes, pues como se verá en el trámite del proceso, la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar por parte del equipo de profesionales en salud de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** fue ajustada a los protocolos vigentes para el momento de la atención y a la *lex artis ad hoc*.

En este punto, es preciso recordar que el concepto de culpa comporta siempre un defecto de conducta concreto respecto a un modelo de conducta abstracto. De esta manera, para que la culpa sea atribuible a los demandados, corresponde a la parte demandante demostrar –con plena prueba- la desviación que separa la conducta concreta del demandado del modelo de conducta que la ley positiva asume como regla. Y esta demostración no será posible en el caso bajo análisis,

pues las complicaciones que padeció la paciente Mónica Liliana Cifuentes Salazar responden a un riesgo propio del procedimiento quirúrgico denominado cirugía antirreflujo gastroesofágico más reconstrucción de esfínter por laparoscopia que se le realizó

Así, en lo que respecta al campo médico, se ha propuesto como definición de culpa médica aquella *"culpa que el profesional de la medicina comete infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada lex artis o lex artis ad hoc"*[1]. En el mismo sentido, La Corte Suprema de Justicia ha señalado que

> "*…fuera de la negligencia o imprudencia que todo hombre puede cometer; el médico no responde sino cuando, en consonancia con el estado de la ciencia o de acuerdo con las reglas consagradas por la práctica de su arte, tuvo la imprudencia, la falta de atención o la negligencia que le son imputables y que revelan un desconocimiento cierto de sus deberes"*[2].

Ahora, si bien la *lex artis* corresponde a los criterios de conducta generales y abstractos dictados por una ciencia específica, ella debe analizarse teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso, de manera que el análisis asentado de la *lex artis* al supuesto concreto, nos sitúa en la conocida *lex artis ad hoc*[3]. De esta manera, exigir que la actuación del profesional médico se rija por la *lex artis ad hoc*, implica que el médico debe aplicar los conocimientos y protocolos de su ciencia al caso concreto, actuando en consideración a las particularidades del paciente; y este análisis es extrapolable al que debe hacer el juez, *a posteriori*, al momento de evaluar la diligencia de la conducta del profesional de la salud demandado. En consecuencia, la determinación de la idoneidad de la conducta del profesional de la medicina implica que se evalúe la efectiva y adecuada aplicación de las reglas y protocolos de la ciencia médica al caso concreto, y la consideración de las características particulares del cuadro clínico del paciente y de la evolución de éste.

En consecuencia, teniendo en cuenta que en el caso *sub judice* la atención brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por parte de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** fue diligente, cuidadosa y en todo momento conforme con la *lex artis ad hoc,* la parte demandante no podrá acreditar culpa alguna imputable al cuerpo médico encargado de atender al paciente, de manera que, al no contarse con uno de los elementos esenciales para que se estructure la responsabilidad imputable a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**, esto es, la culpa, ninguna responsabilidad puede atribuirse y las pretensiones de la demanda deben despacharse desfavorablemente.

2. **Materialización de un riesgo inherente: existencia de consentimiento informado brindado por la paciente**

En todo procedimiento quirúrgico existen riesgos propios e inherentes al mismo, los cuales fueron debidamente informados por los profesionales de salud de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**, a los familiares de la señora Mónica Patricia, quien en su momento manifestó entender y aceptar los riesgos a través de la suscripción de los consentimientos informados para procedimientos quirúrgicos, anestesiología y enfermería.

---

[1] Fernández, José. Sistema de responsabilidad médica. Granada: Ed. Comares, 2002. p. 96. Asúa, Clara. Responsabilidad civil médica. Reglero, Fernando (Coord.) Tratado de responsabilidad civil, Tomo II. Navarra: Aranzadi, 2002. p. 984.

[2] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 5 marzo 1940, Op.cit., p.116 ss, apoyada en la Sentencia de Casación francesa del 27 octubre de 1938.

[3] Fernández, José. Op. cit., p. 249 ss. En similar sentido Santos Ballesteros, Jorge. Instituciones de responsabilidad civil. Bogotá: Javegraf, Tomo III, 2006. p. 295.

Sobre lo que debemos entender por riesgo inherente, el doctor Andrés Felipe Villegas García, en su artículo "La Materialización del Riesgo Inherente y su Diferenciación con la Culpa Médica", publicado en la Revista No. 24 del Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado, resalta:

> *"El riesgo inherente es aquella complicación que se puede presentar por la sola realización del acto médico como tal, y que tiene por causas la complejidad o la naturaleza propia del procedimiento o de los instrumentos que se utilizan para llevarlos a cabo, el cual, una vez materializado o realizado, produce un daño físico o psíquico en el paciente, sin que lo anterior implique una negligencia médica, impericia, imprudencia o violación de reglamentos.*
>
> *Cuando hablamos de riesgo inherente aceptamos la existencia de un procedimiento médico que puede causar un daño, que tiene por explicación, un fenómeno distinto al actuar médico y únicamente imputables a factores externos a su obrar.*
>
> *Ese riesgo es contemplado por la ciencia médica y detallado por la literatura científica que regula la materia específica. Incluso, es imposible sustraerlo o evitarlo en la práctica, entre otras, porque su aparición no depende del actuar del profesional de la medicina".* (Pág. 10-11)

En igual sentido, la Corte Suprema de Justicia, en sala de Casación Civil del veinticuatro (24) de mayo de 2017, radicado SC7110-2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona, ha señalado que, frente al actuar profesional de los galenos los riesgos inherentes son inseparables de su actividad médica, *"por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa"*.

En el caso que nos ocupa, se trata de una paciente que ingresa a las instalaciones del centro médico para la realización del procedimiento quirúrgico denominado cirugía antirreflujo gastroesofágico más reconstrucción de esfínter por laparoscopia debido a la Hernia Hiatal y Ulceras en el Esófago fue llevado a cabo con éxito de acuerdo con la descripción pormenorizada que reposa en la historia clínica de la paciente. La paciente continúa en hospitalización por posoperatorio y luego de una falla súbita en la ventilación producto del tromboembolismo pulmonar, la señora Mónica Liliana falleció.

Previo a la realización de las intervenciones quirúrgicas, la paciente suscribió el Consentimiento Informado Anestesia en el cual se describe el procedimiento, los objetivos de este y las consecuencias previsibles de su realización, de estos se resaltan los siguientes apartados:

> *"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 relación con los medicamentos de anestesia, posiciones y acciones requeridas en la anestesia o acto quirúrgico, estos riesgos pueden producir eventualmente LESIÓN, ENFERMEDAD O MUERTE, por ejemplo:*

(…)

- *Embolismos de trombos de aire, de grasa".*

Bajo este panorama es claro que las consecuencias desafortunadas por las que atravesó la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar fueron el resultado del riesgo inherente al procedimiento quirúrgico practicado, en cuyo caso el daño no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo por parte de los médicos tratantes.

3. **Ausencia de nexo de causalidad.**

Bien es sabido que uno de los elementos esenciales de la responsabilidad civil, sea contractual o extracontractual, es el nexo de causalidad, cuya demostración le corresponde a la parte demandante.

Ahora bien, el nexo de causalidad significa que debe poder establecerse una relación causal entre el daño alegado por los demandantes y la conducta u omisión del demandado. No obstante, en el caso que nos ocupa, no se ha probado que los perjuicios que los demandantes afirman haber sufrido se deban a la conducta de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**

En efecto, según los documentos que obran en el expediente, existen varios elementos que desdibujan de tajo la existencia de cualquier nexo de causalidad entre el actuar de dicha entidad y los perjuicios que aduce la parte demandante. El tratamiento y la atención que se le dio a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar por parte de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** fueron adecuados y conformes con la *lex artis* y los protocolos aplicables. Lo anterior, teniendo en cuenta que la historia clínica de la paciente evidencia que los médicos de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** brindaron una atención oportuna e idónea, pero, pese a ello la evolución de la paciente no se dio favorablemente.

Al no existir una conducta culposa en cabeza del personal médico adscrito a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**, que atendió a la señora Cifuentes Salazar, ningún reproche cabe hacerle y mucho menos es posible establecer un nexo de causalidad entre la conducta que se le atribuye a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** y los perjuicios alegados por la parte demandante, por lo cual, las pretensiones de la demanda se deben desestimar.

4. **Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados**.

De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen" de manera que, la carga de la prueba de los elementos que estructuran la responsabilidad -la conducta, el nexo de causalidad y el daño-, por regla general, recae en cabeza de la parte demandante, y la pretensión de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo. De esta manera, es la parte actora la que debe probar el daño que afirma haber sufrido, además de los demás elementos de la responsabilidad.

Adicionalmente, para que el daño sea indemnizable, debe ser cierto, directo y la parte que reclama su reparación debe probar no sólo su existencia, sino su cuantía y extensión.

En el presente caso, concluido el trámite probatorio del proceso, el Despacho podrá concluir que no se constatan los elementos del daño indemnizable, pues no existe prueba que permita acreditar la relación de causalidad entre la conducta

que se le atribuye en la demanda y los daños alegados, así como la existencia y cuantía de los perjuicios patrimoniales cuya reparación se pretende, y los montos solicitados por concepto de los perjuicios de carácter extrapatrimonial que superan con creces las cuantías reconocidas por jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

5. **Excesiva solicitud de perjuicios extrapatrimoniales**.

La responsabilidad en sentido amplio ha sido reconocida como la institución mediante la que se sitúa a la víctima en la misma posición o en la posición más semejante a la que se encontraba antes de la ocurrencia del hecho lesivo, a través de la imposición al agente de una obligación resarcitoria. No obstante, la responsabilidad patrimonial no es un instrumento de enriquecimiento de la víctima, y por esto sólo se indemnizan los perjuicios efectivamente probados, y en las cuantías y extensiones correspondientes.

En este sentido, si se revisan las cuantías de los perjuicios extrapatrimoniales de daño moral y del perjuicio material de daño emergente pretendidos por la parte demandante, se constata que superan, por mucho, los parámetros que ha establecido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia para esos efectos en casos como el de la referencia, por lo que, aún si se lograra probar la existencia de esos perjuicios, de ninguna manera podrían reconocerse en las cuantías solicitadas en la demanda.

Adicionalmente, es importante destacar que en el escrito de demanda, sobre el daño a la vida de relación, la honorable Corte Suprema de Justicia, en los métodos dispuestos para su cuantificación dispone para su reconocimiento la constatación de un elemento importante, consistente en que los reclamantes del perjuicio deben actuar en calidad de víctimas directas, es decir, debe haber sufrido el daño en su sede inmediata. No obstante, lo anterior, en el actual proceso, los demandantes obvian este elemento sine qua non para reclamar los perjuicios en modalidad de perjuicio a la vida de relación y solicitan dicho perjuicio sin considerar este requisito.

Así las cosas, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de dos de los elementos de la responsabilidad civil, el daño y nexo de causalidad. En el remoto evento en el que se constate responsabilidad imputable al asegurado en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de estos, con fundamento en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia; Sala de Casación Civil.

6. **Improcedencia de una sentencia condenatoria**

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos en este capítulo, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de los elementos de la Responsabilidad del Civil: el daño, la conducta culposa de los demandados y el nexo de causalidad.

En el remoto evento en el que se constate responsabilidad imputable a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de estos, con fundamento en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

SECCIÓN 2: CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE LA CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES

I. A los hechos del llamamiento en garantía.

Al 1. Es cierto que la Clínica Ospedale Manizales como tomador y ocupando además la calidad de asegurado, suscribió el contrato de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, que se instrumentó a través de las Pólizas No. 40878, 46343 y 51389 que operan bajo la modalidad *claims made*, con la aseguradora que represento, para las vigencias comprendidas entre el 31 de julio de 2019 hasta el 30 de julio de 2020, desde el 31 de julio de 2020 hasta el14 de agosto de 2021 y desde el 15 de agosto de 2021 hasta el 30 de julio de 2022, respectivamente,

Al 2. Es cierto que la cobertura se precisa en esos términos de conformidad con la póliza No. 51389. En cualquier caso, mi representada se atiene al contenido estricto y literal de las condiciones generales y particulares de la póliza.

Al 3. Es cierto que la Clínica Ospedale Manizales S.A. fue demandada por la presunta negligencia en la atención médica brindada a la señora Mónica Cifuentes Salazar, de conformidad con el Auto I 230 – 2022 proferido por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales mediante el que se admite la demanda.

Al 4. El presente numeral no corresponde técnicamente a un hecho; responde a consideraciones jurídicas subjetivas del apoderado. Sin embargo, es cierto que la fecha de retroactividad de la póliza que opera bajo la modalidad de *claims made* es el 22 de junio de 2013 siempre que haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad

Al 5. El presente numeral no comporta un hecho en estricto sentido, sino consideraciones subjetivas y de carácter jurídico de resorte exclusivo del Juez del proceso, una vez culminado el proceso probatorio. Sin embargo, es preciso aclarar desde ya, que no es cierto lo manifestado en este numeral, puesto que, de acuerdo con las condiciones de la póliza y con la normatividad aplicable en materia de seguros, la aseguradora no tendrá que responder de forma incondicional ante una sentencia condenatoria, sino que estará en la obligación de indemnizar al asegurado los daños que se le imputen y siempre que se verifiquen todos los requisitos para activar la cobertura de la póliza.

Al 6. El presente numeral no corresponde a un hecho técnicamente, sino al poder de postulación otorgado al apoderado de la sociedad llamante en garantía en el presente proceso. No obstante, es cierto que en los documentos aportados por la Clínica Ospedale obra el poder al que se alude en el numeral.

II. A las pretensiones del llamamiento en garantía

Actuando en nombre y representación de **Chubb**, solicito al Despacho dar estricta aplicación al contrato de seguro celebrado entre la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** como tomador y asegurado, y **Chubb Seguros Colombia S.A.** como asegurador, instrumentado en las pólizas No. 40878, 46343 y 51389.

En consecuencia, en el remoto evento en la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**, llegare a ser condenada a indemnizar a los demandantes, solicito se observen los términos del contrato de seguro instrumentado en las pólizas No. 40878, 46343 y 51389 y se tenga en cuenta lo siguiente:

a. Las pólizas que sirven de fundamento al presente llamamiento en garantía, las normas legales (artículo 1127 a 1133 del Código de Comercio Colombiano) y los principios generales de los seguros de daños, describen de manera precisa los amparos, coberturas y límites dentro de los cuales operan las pólizas No. 40878, 46343 y 51389 contratadas con **Chubb**. En consecuencia, le solicito, señor Juez, dar aplicación estricta a las definiciones y descripciones de los amparos y coberturas antes mencionados.

b. Las pólizas de seguro que fundamentan este llamamiento en garantía y el Código de Comercio Colombiano, contemplan exclusiones convencionales y legales de la cobertura. En caso de encontrarse probado en el proceso un hecho que constituya una exclusión convencional o legal, solicito al Despacho declararla probada.

c. El llamamiento en garantía es el medio procesal dispuesto para el ejercicio de la pretensión revérsica, es decir, para exigir de otro un derecho legal o contractual al *"…**el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso** …"* (resalto), de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del CGP. Por tanto, en caso de prosperar el llamamiento en garantía, no podría condenarse a Chubb a pagar directamente la indemnización a los demandantes, sino a reembolsarle a la Clínica Ospedale Manizales S.A. lo que este tenga que pagarles a los demandantes, ello dentro de los términos y condiciones acordados en la póliza.

III. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía.

Además de las defensas y excepciones planteadas al dar respuesta a los hechos del llamamiento en garantía y de las que resulten probadas en el proceso, que deben ser declaradas de oficio por el Despacho de conformidad con el artículo 282 del CGP, propongo desde ahora las siguientes:

1. **Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas de la póliza, por ausencia de responsabilidad imputable a la Clínica Ospedale Manizales S.A.**

Las Pólizas de Responsabilidad Civil Médica No. 40878, 46343 y 51389 tiene por objeto el amparo de los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales, siempre que el reclamo en contra del asegurado se formule dentro del período de vigencia de la póliza y obedezca a hechos ocurridos dentro del período de retroactividad. En efecto, en las condiciones particulares de la póliza, se describe el riesgo así:

"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."

Ahora bien, por acto médico erróneo, debemos entender *"… 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."* (Ver cláusula 26, literal b, de las condiciones generales de la póliza).

Partiendo de las anteriores definiciones de la póliza, debe advertirse que los hechos en que se fundamenta la demanda instaurada por la señora **María Asceneth Buitrago de Salazar**, en contra de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** no constituyen un siniestro cubierto bajo la póliza mencionada, por los siguientes motivos:

a. A través de la póliza en comento se pretende amparar únicamente los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por actos médicos durante la prestación de sus servicios profesionales.

b. No obstante lo anterior, en el caso que nos ocupa, de los argumentos desarrollados por la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** en su escrito de contestación a la demanda y de los documentos que obran en el proceso se deduce, sin duda alguna, que ninguno de los perjuicios que afirma haber sufrido el demandante, fue causado por las acciones u omisiones culposas de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.**

c. Por tanto, al no existir responsabilidad en cabeza de la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** en calidad de asegurado, no se ha realizado el riesgo cubierto bajo la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica y, por tanto, no ha nacido ninguna obligación en cabeza de la aseguradora que represento.

2. Inexistencia de cobertura del siniestro por exceder el ámbito temporal de vigencia de las pólizas No. 40878 y 46343.

El contrato de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 40878 y 46343 tiene por objeto la indemnización de los siniestros ocurridos en vigencia de la póliza, en efecto, el instrumento a través del cual la Clínica Ospedale de Manizales el Llamamiento en Garantía a Chubb Seguros Colombia S.A. dispone:

"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".*

"Vigencia: ***Desde 31 de julio de 2019 a las 00:00 horas hasta 30 de julio de 2020 a las 24:00 horas****".* **(Negrilla propia)**

"Vigencia: ***Desde 31 de julio de 2020 a las 00:00 horas hasta 30 de julio de 2021 a las 24:00 horas****".* **(Negrilla propia)**

Sin embargo, la reclamación presentada al asegurado se dio por primera vez el 22 de Marzo de 2022 con la audiencia de de conciliación extrajudicial ante la Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Sociedad Colombiana de Arquitectos Caldas, fecha en la cual había terminado la vigencia de las mencionadas pólizas puesto que, como se reseñó anteriormente, se puede colegir que estas vencieron antes.

3. **Valores asegurados y deducibles aplicables.**

En el remoto evento de que llegue a considerarse que hay lugar a condenar a **Chubb** a reembolsarle al **Clínica Ospedale Manizales S.A.** las sumas de dinero que esta deba pagarles a los demandantes, el Despacho deberá tener en cuenta las condiciones pactadas en la póliza invocada.

Así, en relación con el amparo básico de responsabilidad civil médica de la Póliza No. 51389, deberá tenerse en cuenta que:

3.1. El valor asegurado corresponde a $2.000.000.000 por evento y en el agregado anual para eventos posteriores al 22 de junio de 2013.

3.2. Además, resultan aplicables los deducibles pactados, correspondientes al 10% mínimo COP $40.000.000 de todos y cada uno de los reclamos. Lo que significa que, ante una eventual condena a la **Clínica Ospedale Manizales S.A.** donde además se le ordene a **Chubb** a reembolsarle lo pagado al demandante, la entidad asegurada deberá asumir en cualquier caso una porción de la condena a título de deducible.

3.3. Deberán tenerse en cuenta además otros siniestros que hayan dado lugar a pagos por parte de **Chubb** con cargo a la misma vigencia de la póliza que se afecte con el presente reclamo, pues con ello se reduce la suma asegurada.

SECCIÓN 3: SOLICITUD DE PRUEBAS

Solicito respetuosamente al Juzgado decretar la práctica de las pruebas señaladas a continuación. Igualmente, manifiesto al Despacho que me reservo el derecho de intervenir en la práctica y contradicción de las pruebas solicitadas por las demás partes del proceso, así como en aquellas decretadas de oficio por el Despacho:

1. **Interrogatorio de parte**

Solicito al Despacho citar a los demandantes para que, en la audiencia fijada, estos absuelvan el interrogatorio de parte que les formularé en audiencia o por escrito.

2. **Documental.**

Aporto los documentos que contienen las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 40878, 46343 y 51389, así como sus condiciones generales y particulares para que sea tenido como prueba en el proceso.

3. **Ratificación de documentos.**

Manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de todos los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, aportados por la parte demandante. En consecuencia, de conformidad con art. 262 del C.G.P., solicito respetuosamente al Despacho imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación, en especial los siguientes:

4.1. Constancia radicación de denuncia ante Fiscalía.

4.2. Grabación donde participa la tía de la causante Gabriela Salazar Buitrago y el galeno tratante BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO

4.3. Video grabaciones del sufrimiento y agonía padecidos por MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR previo al fallecimiento.

Igualmente, manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, que sean aportados por la parte demandante en alguna futura oportunidad procesal, solicitándole respetuosamente, de conformidad con lo dispuesto en el ya citado artículo 262 del C.G.P., imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación.

4. **Prueba testimonial de la Clínica Ospedale Manizales S.A.**

Solicito que se decreten, a instancia de Chubb, los testimonios solicitados por la **Clínica Ospedale Manizales S.A** en el escrito de respuesta a la demanda.

5. **Prueba documental de la Clínica Ospedale Manizales S.A**

Solicito que se decreten, a instancia de Chubb, los documentos solicitados por la **Clínica Ospedale Manizales S.A** en el escrito de respuesta a la demanda.

6. **Oposición al decreto de pruebas testimoniales solicitado por la parte demandante.**

De conformidad con lo previsto en el artículo 212 del Código General del Proceso, solicito al Despacho no decretar ninguno de los testimonios solicitados por la parte demandante por cuanto carece de la enunciación concreta de los hechos objeto de prueba.

SECCIÓN 4: ANEXOS

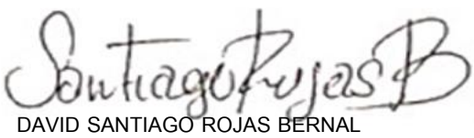
1) Los documentos anunciados en el capítulo de pruebas.
2) Poder para actuar conferido por Chubb Seguros Colombia S.A. a la sociedad de servicios jurídicos Restrepo & Villa Abogados S.A.S.
3) Certificado de existencia y representación legal de Chubb Seguros Colombia S.A.
4) Certificado de existencia y representación legal de Restrepo & Villa Abogados S.A.S.

SECCIÓN 5: DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

Chubb Seguros Colombia S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71 – 21 Torre B, Piso 7, de la ciudad de Bogotá D.C.

La suscrita apoderada recibirá notificaciones en: la Carrera 22 #16 -325 Vía Las Palmas-Edificio Access Point Oficina 855, en Medellín, y en los correos electrónicos correos@restrepovilla.com, eescobar@restrepovilla.com, malzate@restrepovilla.com, jmesa@restrepovilla.com, srojas@restrepovilla.com, varango@restrepovilla.com, avilla@restrepovilla.com y lrestrepo@restrepovilla.com

Atentamente,



DAVID SANTIAGO ROJAS BERNAL

C.C. 1.152.215.070

T.P. 382.847 del CSJ

Bogotá D.C., julio de 2022

Señores
Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales
E. S. D.

Proceso	Verbal
Demandante:	María Asceneth Buitrago de Salazar y otros
Demandado:	Clínica Ospedale Manizales SA y otros
Radicado:	17001310300220220008100
Asunto:	Otorgamiento de poder

DANIEL GUILLERMO GARCIA ESCOBAR, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá D.C., identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi calidad de representante legal de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., sociedad colombiana con domicilio principal en Bogotá D.C., identificada con NIT No. 860.026.518-6, entidad que se creó en virtud de la fusión por absorción de ACE SEGUROS COLOMBIA S.A. y de CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia mediante Resolución No. 1173 del 16 de septiembre de 2016, por el presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente a la sociedad de servicios jurídicos RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S., identificada con el NIT No. 901.386.454-5, para que, a través de cualquiera de los profesionales del derecho inscritos en su certificado de existencia y representación legal, represente los intereses de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. en el proceso de la referencia.

La sociedad apoderada y los profesionales del derecho inscritos en su certificado de existencia y representación legal quedan investidos de las facultades que el Código General del Proceso confiere a los mandatarios judiciales, en tanto el presente poder se entiende conferido en los términos del artículo 77 del Código General del Proceso, y otorga al profesional del derecho que lo ejerza las facultades especiales de conciliar, recibir, desistir, transigir, sustituir, reasumir este poder, formular tachas de falsedad documental, allanarse, disponer del derecho en litigio y de realizar todas las gestiones que considere necesarias para el adecuado trámite de la gestión que se le encomienda.

Finalmente, son direcciones de notificación electrónica de los apoderados inscritos en el Certificado de Existencia y Representación Legal de RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S. las siguientes correos@restrepovilla.com, eescobar@restrepovilla.com, malzate@restrepovilla.com, jmesa@restrepovilla.com, srojas@restrepovilla.com, varango@restrepovilla.com, avilla@restrepovilla.com y lrestrepo@restrepovilla.com

Atentamente,

DANIEL GUILLERMO GARCIA ESCOBAR
C.C. No 16.741.658 de Cali
Representante Legal Chubb Seguros Colombia S.A.

Fernando Téllez Lombana - Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.
DILIGENCIA DE TESTIMONIO AUTENTICIDAD DE PRESENTACIÓN Y DE FIRMA
El Notario Público doy testimonio que la firma y/o huella puesta en este documento presentado ante este despacho en esta fecha guarda (n) similitud a la de la persona que se presentó personalmente ante este despacho y que la registro en fecha anterior, que previamente se ha dado la confrontación de las mismas con las que aparecen en el archivo de la notaria y el documento a la vista: DANIEL GUILLERMO GARCIA ESCOBAR
Identificado con: 16741658 CALI
No equivale a reconocimiento tiene el valor de testimonio fidedigno y no confiere al documento mayor fuerza de la que por si tenga. 1100100028

Fernando Téllez Lombana Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.
Notaría 28 del Círculo Notarial de Bogotá D.C.
1100100028 26 JUL 2022 COD. 4112
INGRID YANILE MAYORGA RINCÓN
Notario Público en Encargo

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

Ramo	Operación	Póliza	Anexo	Referencia
12 RESPONSABILIDAD	01 Poliza Nueva	40878	0	**12004087800000**

Sucursal	Vigencia del Seguro									Fecha de Emisión		
		Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Año	Mes	Día
05 CALI	**Desde**	2019	07	31	00	**Hasta**	2020	07	30	24	2019	08	15

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	4,50
42551	SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPANÍA	10,50

Información del Riesgo: **La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.**

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN COMUNICACION DEL BROKER SE EMITE LA PRESENTE POLIZA.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

Valor Prima	132.000.000,00	$COP
Gastos Exped.	0,00	$COP
I.V.A.	25.080.000,00	$COP
Total a Pagar	**157.080.000,00**	**$COP**

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

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

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2019/08/15**

Hoja Matriz de: OTROS

Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**01**	**40878**		**0**	

Operacion:POLIZA NUEVA **18 OPERACION ORIGINAL**

T.Pol.	Periodo	T. Seg.	T.Neg. 1	Mod. Seguro 0	CON:	
			COMERCIAL	EXTRACONTRACTUA		

Forma Lucro Cesante	Coaseg. Pactado Negocio 40	%	Periodo Indemn. No Jumbo	Meses	Poliza Acomod. N	Pol.Rel/Autor /

Departamento....:	CALDAS	Cod.....:	15
Sucursal.....:	CALI	Cod.....:	05
NombMULTIBROKER		Cod. Agente.....:	1-1111
		Coms.Agente..:	%/ 15.00%
Tomador.....:	CLINICA VERSALLES S.A.	Nit. CC.....:	8100032451
Direccion.....:	CLL 51 No 24 50	Ciudad.....:	MANIZALES
Asegurado.....:	CLINICA VERSALLES S.A.	Nit. CC.....:	8100032451
Direccion.....:	CLL 51 No 24 50		MANIZALES
Beneficiario....:	TERCEROS AFECTADOS	Nit. CC.....:	11111
Direccion.....:	ND		-
Moneda.....:	PESOS	Cod.....:	00
Tipo de Cambio..:			

V I G E N C I A S:	POLIZA			DOCUMENTO		Calculo: 2=Corto Pl.
Ter	Dias	Emision	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Prima 3=Prorrata
12	365	20190815	20190731	20200730	20190731	20200730	3 4=Especial

Tipo de Negocio.: Sin Coaseguro %

ó Aceptacion....:

Coaseguros.....: | Poliza Lider | Doc Lider

Aceptados .....: % Participacion %

Nro. de Rsgo	Bien A. o Tray	Cod de Amp	Des cr. Amp	Descripcion del Riesgo: Bien Asegurado	Decl arac	Ram Esp	Dias Lucro	Suma A/da. Anual Lim.Max.Asegurado Lim.Max.Despacho.
001	001	44	MDM	EDIFICIO	N	12		2000.000.000,00
TOTAL VALORES								**2.000.000.000,00**

Des Amp	Vlr.A/ble/* Valor Base*	Despacho	Su ma	Tasa Basica	Valor Prima	* Deducibles * %	Valor
MDM	2000.000.000,00		S	0,000	132.000.000,00	0,000	
TO	**2.000.000.000,00**				**132.000.000,00**		**...TOTALES**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2019/08/15**

Hoja Matriz de: OTROS					
Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**01**	**40878**		**0**	

Operacion:POLIZA NUEVA **18 OPERACION ORIGINAL**

Continuacion de la pagina Anterior

Nro. Rsgo	Direccion riesgo / Desc. Actividad	Codigo Ubica.	Codigo Ocupac.	Grupo Const	Clasifica.
001	CLL 51 No 24 50 OTROS		7011		

COASEGUROS CEDIDOS

Clausulas y Textos:

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN COMUNICACION DEL BROKER SE EMITE
LA PRESENTE POLIZA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

Certificado de Cesión de Reaseguro
Certificate of Reinsurance Cession

Confirmamos por medio del presente la cesión facultativa aceptada por ustedes, de acuerdo a los terminos y condiciones detallados a continuación.
We hereby confirm the Facultative cession accepted by you in accordance with the terms and conditions, as follows:

Certificado N°	:	**GCP/ 12-00000**
Asegurado *Insured*	:	**CLINICA VERSALLES S. A.**
Codigo Multinacional *Multinational Code*	:	Rcc Treaty
Poliza Local No. *Local Policy No.*	:	0040878
Endoso No. *Endorsement No.*	:	00000
Ubicación *Location*	:	CLL 51 No 24 50 MANIZALES
Ramo *Line of Bussines*	:	RESPONSABILIDAD
Vigencia *Policy Term*	:	2019/07/31 a 2020/07/30
Bienes Asegurados *Insured Properties*	:	
Moneda *Currency*	:	PESOS
Suma Asegurada Total *Insured Amount*	:	2,000,000,000.00
Prima Total *Premium*	:	132.000.000,00
Su Participación Suma *Your Share Sum*	:	2,000,000,000.00
Su Participación Prima *Your Share Premium*	:	132.000.000,00
Reserva de Primas *Premium Reserve*	:	
Comisión *Commission*	:	
Saldo Neto *Net Balance*	:	132.000.000,00
Observaciones *Observations*	:	CONTRATO POLIZA NUEVA

Los demás términos y condiciones se muestran en documento adjunto, mismo que deberán revisar y, en caso de estar conformes, devolver copia firmada del presente.
The other terms and conditions are shown in attached document, which you should revise and return signed copy as acceptance confirmation.

Santa Fe de Bogotá 15 de AGOSTO de 2019

Reasegurador
Reinsurer

Cedente
Cedent

CHUBB

REAR33A
15/08/2019
14:43:01

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "A"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0040878	00000	12-00000	01 POLIZA NUEVA	0000000

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia		
00		2019/08/15	2019/07/31	A	2020/07/30

Asegurado
08100032451-CLINICAVERSALLES S. A.

Reasegurador	Broker
-	

Línea de Negocio	MIultinal	RCC	Treaty
7 ********			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	% Cedido	Suma Cedida	Prima Cedida	Comisión	% Comisión	Reserva	% Reserva
12	MEDICAL		2000,000,000.00	132,000,000.00				
		SUBTOTAL	2000,000,000.00	132,000,000.00				

CHUBB

REAR33A
15/08/2019
14:43:01

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "B"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0040878	00000	12-00000	01 POLIZA NUEVA	0000000

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia		
00 PESOS		2019/08/15	2019/07/31	A	2020/07/30

Asegurado
08100032451-CLINICAVERSALLES S. A.

Reasegurador	Broker

Línea de Negocio	MIultinal	RCC	Treaty
7 ********			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	Distribución de Suma	Distrib. de Prima	Comisión	Reserva	Total
RETENIDO						
12	MEDICAL	2000,000,000.00	132,000,000.00			132,000,000.00
		2000,000,000.00	132,000,000.00			132,000,000.00
		2000,000,000.00	132,000,000.00			132,000,000.00

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Revision** **LISTADO DE CONTROL - RESPONSABILIDAD CIVIL** **12 -12** **HOJA: 1**

CHUBB - COLOMBIA **12 - 12**

EMITIDO: 2019/08/15 14.42.01 **___REASEGURO___** **REA031**

Poliza... 40878

Endoso... Ref

Operacion: 01 Emision:2019/08/15 Vigencia:2019/07/31-2020/07/30
Moneda: 00 Cambio:
T030
No.RIMET T030 Periodo 1907 Ramo Emis. 12 Ramo Espec. 12

No	Tp Ds	Tip Rea	Contr Reasg	_____Limite_____	_____En_Exceso___	____%___	Ca pa	__Prima_Pactada___	______Comision______	_______Reserva_____
01	NA	RET				100.0000	11			
02	NA	RET				100.0000	21			
03	XL	RET		150,000			21			
04	XL	XL1	PZ2B	4,850,000	150,000		21			
			05190			100.0000	20190701	20200630		

DISTRIBUCION REASEGURO
DISTRIBUCION REASEGURO

Itm Ssb Cb	Codigo_y_Nombre Reaseguradora	%Cedido	__Distrib.Suma___	__Distrib.Prima__	_____Comision_____ Valor	%	_____Reserva_____ Valor	%
		Sbtotal						
		Tot Ret						
		Tot Ced						
		Totales						

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

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.

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 Línea - PSE. En PSE usted podrá realizar el pago (total o parcial /cuotas) de sus pólizas o endosos, debitando el valor de cualquier entidad financiera donde tenga la cuenta corriente o de ahorros.

Ingrese a www.chubb.com/co / Servicios en Línea / Pagos en Línea.

Los pagos con tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Diners y American Express) se realizarán a través de este medio (Servicio de pagos en línea - PSE).

Opción 2: PORTAL BANCOLOMBIA
Pago a través de Portal Bancario BANCOLOMBIA, en el cual usted podrá realizar el pago de sus pólizas o endosos, siempre y cuando el pago lo vaya a realizar de una cuenta corriente o de ahorros de esta entidad financiera.

Ingrese a www.grupobancolombia.com

Opción 1: TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA a:
BANCOLOMBIA Cta. Corriente # 048-026518-07 CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025 DAVIVIENDA Cta. Corriente # 5169-90066
Incluir en el campo "Descripción" **o su equivalente los datos de: Ramo, número de póliza y certificado.**

Opción 2: Consignación en cheque o efectivo en CUENTAS CONVENIO:
BANCOLOMBIA Convenio 7178
CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025
También puede realizar pagos en efectivo (máximo $ 1.000.000) en cualquier punto de la red "Vía Baloto", citando la Cta. Ahorros # 5019884025 de CITIBANK.

En caso de realizar su pago utilizando cualquiera de las alternativas de la Opción 2, incluya en el campo "Detalle" o "Referencia de pago" del comprobante de consignación: **el ramo, número de póliza y certificado**. Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.

Envíe comprobante de consignación a:
pagos.clientes@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

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	51389	0	**12005138900000**

Sucursal	Vigencia del Seguro									Fecha de Emisión		
		Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Año	Mes	Día
05 CALI	**Desde**	2021	08	15	00	**Hasta**	2022	07	30	24	2021	08	22

Tomador	CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA	**C.C. O NIT**	8100032451
Dirección	CLL 51 No 24 50	**Ciudad**	MANIZALES
Asegurado	CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA	**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	3,75
42497	MBA RIESGOS Y CIA. LTDA	2,25
42551	SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPANÍA	9,00

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. 0046343

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN COMUNICACION DEL BROKER SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse 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.

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) 6108161Fax:(57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico:defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

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.

La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

Valor Prima	201.369.863,00	$COP
Gastos Exped.	0,00	$COP
I.V.A.	38.260.274,00	$COP
Total a Pagar	**239.630.137,00**	**$COP**

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirentes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica(aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2021/08/22**

Hoja Matriz de: OTROS						
Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**02**	**51389**		**0**	

Operacion:RENOVACION **1 OPERACION ORIGINAL**

T.Pol.	Periodo	T. Seg.	T.Neg. 1	Mod. Seguro 0	CON:	
			COMERCIAL	EXTRACONTRACTUA		

Forma Lucro Cesante	Coaseg. Pactado Negocio 40	%	Periodo Indemn. No Jumbo	Meses	Poliza Acomod. N	Pol.Rel/Autor 00/

Departamento....:	CALDAS	Cod.....:	15
Sucursal.....:	CALI	Cod.....:	05
NombMULTIBROKER		Cod. Agente.....:	1-1111
		Coms.Agente..:	%/ 15.00%
Tomador.....:	CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA	Nit. CC.....:	8100032451
Direccion.....:	CLL 51 No 24 50	Ciudad.....:	MANIZALES
Asegurado.....:	CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA	Nit. CC.....:	8100032451
Direccion.....:	CLL 51 No 24 50		MANIZALES
Beneficiario....:	TERCEROS AFECTADOS	Nit. CC.....:	11111
Direccion.....:	ND		-
Moneda.....:	PESOS	Cod.....:	00
Tipo de Cambio..:			

V I G E N C I A S:	POLIZA		DOCUMENTO		Calculo: 2=Corto Pl.
Ter	Dias Emision	Desde Hasta	Desde	Hasta	Prima 3=Prorrata 4=Especial
12	349 20210822	20210815 20220730	20210815	20220730	3

Tipo de Negocio.:	Sin Coaseguro	%	
ó Aceptacion....:			
Coaseguros.....:		Poliza Lider	Doc Lider
Aceptados .....:	% Participacion	%	

Nro. de Rsgo	Bien A. o Tray	Cod de Amp	Des cr. Amp	Descripcion del Riesgo: Bien Asegurado	Decl arac	Ram Esp	Dias Lucro	Suma A/da. Anual Lim.Max.Asegurado Lim.Max.Despacho.
001	001	45	AMA	UTILIDAD BRUTA	N	12		2000.000.000,00
TOTAL VALORES								**2.000.000.000,00**

Des Amp	Vlr.A/ble/* Valor Valor Base*	Despacho	Su ma	Tasa Basica	Valor Prima	* Deducibles * %	Valor
AMA	2000.000.000,00		S	0,000	201.369.863,00	0,000	
TO	**2.000.000.000,00**				**201.369.863,00**	**...TOTALES**	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2021/08/22**

Hoja Matriz de: OTROS					
Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**02**	**51389**		**0**	

Operacion:RENOVACION **1 OPERACION ORIGINAL**

Continuacion de la pagina Anterior

Nro. Rsgo	Direccion riesgo / Desc. Actividad	Codigo Ubica.	Codigo Ocupac.	Grupo Const	Clasifica.
001	CLL 51 No 24 50 OTROS	7011			

COASEGUROS CEDIDOS

Clausulas y Textos:

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN COMUNICACION DEL BROKER SE RENUEV
A LA PRESENTE POLIZA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

Certificado de Cesión de Reaseguro
Certificate of Reinsurance Cession

Confirmamos por medio del presente la cesión facultativa aceptada por ustedes, de acuerdo a los terminos y condiciones detallados a continuación.
We hereby confirm the Facultative cession accepted by you in accordance with the terms and conditions, as follows:

Certificado N°	:	**GCP/ 12-00000**
Asegurado *Insured*	:	**CLINICA OSPEDALE MANIZALES SA**
Codigo Multinacional *Multinational Code*	:	Rcc Treaty
Poliza Local No. *Local Policy No.*	:	0051389
Endoso No. *Endorsement No.*	:	00000
Ubicación *Location*	:	CLL 51 No 24 50 MANIZALES
Ramo *Line of Bussines*	:	RESPONSABILIDAD
Vigencia *Policy Term*	:	2021/08/15 a 2022/07/30
Bienes Asegurados *Insured Properties*	:	
Moneda *Currency*	:	PESOS
Suma Asegurada Total *Insured Amount*	:	2,000,000,000.00
Prima Total *Premium*	:	201.369.863,00
Su Participación Suma *Your Share Sum*	:	2,000,000,000.00
Su Participación Prima *Your Share Premium*	:	201.369.863,00
Reserva de Primas *Premium Reserve*	:	
Comisión *Commission*	:	
Saldo Neto *Net Balance*	:	201.369.863,00
Observaciones *Observations*	:	CONTRATO RENOVACION

Los demás términos y condiciones se muestran en documento adjunto, mismo que deberán revisar y, en caso de estar conformes, devolver copia firmada del presente.
The other terms and conditions are shown in attached document, which you should revise and return signed copy as acceptance confirmation.

Santa Fe de Bogotá 22 de AGOSTO de 2021

Reasegurador
Reinsurer

Cedente
Cedent

CHUBB

REAR33A
22/08/2021
21:51:28

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "A"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0051389	00000	12-00000	02 RENOVACION	0046343

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia		
00		2021/08/22	2021/08/15	A	2022/07/30

Asegurado
08100032451-CLINICAOSPEDALE MANIZALES SA

Reasegurador	Broker
-	

Línea de Negocio	MIultinal	RCC	Treaty
7 ********			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	% Cedido	Suma Cedida	Prima Cedida	Comisión	% Comisión	Reserva	% Reserva
12	INSTITUCIONES		2000,000,000.00	201,369,863.00				
		SUBTOTAL	2000,000,000.00	201,369,863.00				

CHUBB

REAR33A
22/08/2021
21:51:28

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "B"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0051389	00000	12-00000	02 RENOVACION	0046343

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia		
00 PESOS		2021/08/22	2021/08/15	A	2022/07/30

Asegurado
08100032451-CLINICAOSPEDALE MANIZALES SA

Reasegurador	Broker

Línea de Negocio	MIultinal	RCC	Treaty
7 ********			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	Distribución de Suma	Distrib. de Prima	Comisión	Reserva	Total
RETENIDO						
12	INSTITUCIONES	2000,000,000.00	201,369,863.00			201,369,863.00
		2000,000,000.00	201,369,863.00			201,369,863.00
		2000,000,000.00	201,369,863.00			201,369,863.00

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Revision** **LISTADO DE CONTROL - RESPONSABILIDAD CIVIL** **12 -12** **HOJA: 1**

CHUBB - COLOMBIA **12 - 12**

EMITIDO: 2021/08/22 21.53.57 **___REASEGURO___** **REA031**

Poliza... 51389

Endoso... Ref

Operacion: 02 Emision:2021/08/22 Vigencia:2021/08/15-2022/07/30
Moneda: 00 Cambio:
T001
No.RIMET T001 Periodo 2108 Ramo Emis. 12 Ramo Espec. 12

No	Tp Ds	Tip Rea	Contr Reasg	_____Limite_____	_____En_Exceso___	____%___	Ca pa	__Prima_Pactada___	_____Comision_____	_____Reserva_____
01	NA	RET				100.0000	11			
02	NA	RET				100.0000	21			
03	XL	RET		200,000			21			
04	XL	XL1	PZK4	99,800,000	200,000		21			
			05190			100.0000	20200601	20210531		

DISTRIBUCION REASEGURO
DISTRIBUCION REASEGURO

Itm	Ssb	Cb	Codigo_y_Nombre Reaseguradora	%Cedido	__Distrib.Suma___	__Distrib.Prima__	_____Comision_____ Valor	%	_____Reserva_____ Valor	%
				Sbtotal						
				Tot Ret						
				Tot Ced						
				Totales						

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/51389	00000	1
CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A.		

Tomador:	**CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A. NIT 8100032451**
Asegurado:	**CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A. NIT 8100032451**
Vigencia:	Desde 15 de Agosto de 2021 a las 00:00 horas hasta 30 de julio de 2022 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Condiciones Económicas

Con coberturas **unicamente de Daños (perjuicios) al 100% (no se otorga gastos de defensa)**:

Limite Asegurado	Deducible	Prima Antes de IVA
Cop$2.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual	10% mínimo COP $40.000.000 por todo y cada reclamo	Prima Anual: COP$ 210.000.000 Prima por el periodo: COP$201.369.863

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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;
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 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG041

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Participación CHUBB: 100%

Términos de Pago de Prima: 120 días con pagos mensuales contados desde fecha de emisión

Broker SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPAÑÍA GILBERTO ROBLEDO QUINTERO MBA Y CIA LTDA

Nota 1:

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.

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
14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I
14/09/2020-1305-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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

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

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**

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 cconformidad 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®

Facturación electrónica

Chubb implementa la facturación electrónica y queremos que estés enterado de esta noticia.

Información a tener en cuenta

A partir del 1ero de Octubre de 2020, la póliza dejará de ser fa ctura, por lo cual recibirás un documento adicional den ominado factura. Para identificar a qué póliza cor responde, encontrarás un código numérico de referencia com puesto por ramo | póliza | endoso.

Tu factura será enviada a l correo electrónico que t ienes r egistrado en Chubb. En cualquier caso, si no recibes la fa ctura, podrás solicitarla en el siguiente buzón:
em isionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Pa ra cada póliza nueva o r enov ación recibirás una factura. Pa ra cada endoso a una póliza vigente, r ecibirás una n ota débito para cobro de prima o una nota crédito para dev olución de prima.

Cu alquier inquietud r elacionada con la facturación que r ecibas, será atendida a través de nuestro correo electrónico:

emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Defensor del Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Direc ción: 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.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Chubb. Insured.℠

Facturación electrónica

Apreciados Clientes, les presentamos el diseño de representación gráfica de nuestra factura electrónica.

Identifícala y aprende a interpretar su contenido

Diseño factura electrónica Chubb

CHUBB

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860026518-6
Dirección Carrera 7 71 - 21 Piso 7 Torre B - Edificio Bolsa Valores de Colombia, Bogotá D.C., Colombia
Teléfono 57 1 326 62 00
Correo Electrónico Emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Factura Electrónica De Venta POL4
Referencia 21-0063630-00000 - Sucursal Bogotá
Página 1 de 1

Numero de la Factura (ND / NC) validado por la DIAN

Llave que corresponde a la identificación **Ramo | Póliza | Endoso** y Sucursal de emisión

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre	NIT	Teléfono	Contacto
XXXXX X XXXXXXXX XXX	000000000-	1	XXXXX X XXXXXXX XXX
Dirección	**Ciudad**	**Correo Electrónico**	
XXX 000000	Bogotá D.C., Colombia	xxxxxxxxx@xxxxxx.xxx	

Datos del Tomador
Información clave para remitir la factura (ND / NC) **Nos apoyamos en nuestros aliados para la consecución y garantizar el envío electrónico**

DATOS DE LA FACTURA

Fecha Factura	Fecha Vencimiento	Fecha Validación DIAN	Forma De Pago	Medio De Pago
01.10.2020 14:00:00	01.11.2020	01.10.2020 14:26:20-05:00	Crédito	Instrumento no definido

Fechas relevante de validación DIAN y generación factura

DETALLE DE LA FACTURA

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	U / M	UNITARIO	%DCTO	VALOR DCTO	IMPUESTO %	IMPUESTO VALOR	TOTAL
1	21-0063630-000 00	POLIZA DE SEGUROS	1	IP	27,15			IVA 19	5,15	32,31

Tasa de Cambio: 3865.47 COP
Total Linea Detalles: 1

El código corresponde a datos vinculantes con la póliza **(Ramo|Póliza|Endoso)**
Tasa de cambio cuando la factura es generada en monedadiferente a COP$

OBSERVACIONES DE LA FACTURA

SUBTOTAL	27,15
IVA 19,00%	5,15
TOTAL OPERACIÓN USD	**32,31**
TOTAL A PAGAR CLIENTE USD	**32,31**

Encuentra el total de lo facturado los impuestos

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764003907964 con vigencia del 2020-09-08 al 2022-03-08. Numeración habilitada del POL1 al POL12000000
REGIMEN COMUN
Grandes Contribuyentes res 000076 01 de Dic 2016
agentes de retencion en el impto sobre las ventas
Responsable IVA en Regimen Comun-actividad economica 6511
Autoretenedores por Comisiones y Rendimientos Financieros
Par 2 Art 05 Decreto 1797 del 2008 Res 1460 de Mar-18-1997
CUFE : baaf870f2bbf98ed5e7ad612b6c02ff320efc6618737e04737f9197308315 5f58d229db8ed4d663164a35cc14cd4c0bb
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0
Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Defensor del Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. 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.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Chubb. Insured.℠

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL
Fecha de expedición: 05/08/2022 - 9:51:05 AM

Recibo No.: 0023170148 Valor: $00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: qbjvhklaldbcfrli

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.certificadoscamara.com 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.

EL PRIMER JUEVES HÁBIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO SE ELEGIRÁ LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE MEDELLÍN PARA ANTIOQUIA. LA INSCRIPCIÓN DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE. PARA INFORMACIÓN DETALLADA PODRÁ COMUNICARSE A LOS TELÉFONOS 576 61 69 Y 576 61 33 O DIRIGIRSE A LA SEDE CENTRO O POBLADO PARA ESTE EFECTO, O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.CAMARAMEDELLIN.COM.CO

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.

Sigla: No reportó

Nit: 901386454-5

Domicilio principal: MEDELLÍN, ANTIOQUIA, COLOMBIA

MATRÍCULA

Matrícula No.: 21-673808-12
Fecha de matrícula: 09 de Junio de 2020
Último año renovado: 2022
Fecha de renovación: 23 de Marzo de 2022
Grupo NIIF: 4 - GRUPO III. Microempresas.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Carrera 22 16 325 Vía Las Palmas-Edificio Access Point Oficina 855
Municipio: MEDELLÍN, ANTIOQUIA, COLOMBIA
Correo electrónico: correos@restrepovilla.com
Teléfono comercial 1: 302339666
Teléfono comercial 2: 3113218210
Teléfono comercial 3: No reportó
Página web: No reportó

Dirección para notificación judicial: Carrera 22 16 325 Vía Las

---

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.certificadoscamara.com 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.

	Palmas-Edificio Access Point Oficina 855
Municipio:	MEDELLÍN, ANTIOQUIA, COLOMBIA
Correo electrónico de notificación:	correos@restrepovilla.com
Teléfono para notificación 1:	302339666
Teléfono para notificación 2:	3113218210
Teléfono para notificación 3:	No reportó

La persona jurídica RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S. SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo

CONSTITUCIÓN

Que por Documento Privado del 01 de junio de 2020, de los Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de junio de 2020 con el No. 10976 del libro IX, se constituyó una Sociedad Por Acciones Simplificada, Comercial denominada:

RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.

TERMINO DE DURACIÓN

Que la sociedad no se halla disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

El objeto social de la compañía es de naturaleza comercial y consiste en la realización de toda actividad comercial y civil lícita en el país y en el extranjero sin reserva ni limitación alguna interviniendo en forma Individual o en asociación con otras personas jurídicas o naturales.

No obstante lo anterior, la compañía se dedicará principalmente a las actividades jurídicas realizadas por abogados o bajo la supervisión de abogados. Dentro de dichas actividades podrá dedicarse a la prestación de asesoramiento y consultoría en las diferentes áreas do derecho, preparación de documentos jurídicos, acompañamiento procesal incluyendo la representación de los Intereses de las partes, ya sea arte tribunales u otros árganos judiciales.

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.certificadoscamara.com 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.

PARÁGRAFO: Para la realización del objeto social la compañía podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones de cualquier naturaleza que fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio la industria de la sociedad.

En este sentido la compañía podrá ejecutar las siguientes actividades que se nombran de forma meramente enunciativa: Adquirir todos los activos fijos, muebles o inmuebles, que sean necesarios para el desarrollo de los negocios sociales; gravar o limitar el dominio de as activos fijos, sean muebles o inmuebles, y enajenarlos cuando por razones de necesidad o conveniencia fuere aconsejable: educar locales para uso de sus propios establecimiento, sin perjuicio de que puada accesoriamente enajenar pisos, locales o departamentos, darlos en arrendamiento o explotarlos en otra forma conveniente: administrar, establecer y explotar empresas comerciales de distribución, ventas o fabricación de elementos o bienes que se requiera en el desarrollo de sus actividades; concurrir a la constitución de nuevas sociedades o ingresar como socio a las ya existentes, así como la realización e intervención en procesos de fusión y escisión de sociedades.

LIMITACIONES, PROHIBICIONES, AUTORIZACIONES ESTABLECIDAS SEGÚN LOS ESTATUTOS:

NO GARANTIA DE OBLIGACIONES AJENAS. La sociedad no podrá ser garante de obligaciones de terceros ni caucionar con los bienes de la sociedad obligaciones distintas a las suyas propias, a menos que la Asamblea de Accionistas de manera expresa autorice para cada caso la respectiva garantía o caución.

LIMITACIONES DE FACULTADES POR RAZÓN DE LA CUANTIA. En todos los casos en que estos estatutos establezcan limitaciones a las facultades de sus administradores, por razón de la cuantía de los actos o contratos, se entenderá que todos aquellos que versan sobre el mismo negocio constituyen un solo acto o contrato para los efectos de la limitación aplicable.

CAPITAL

CAPITAL AUTORIZADO

Valor	:	$5.000.000.000,00

Recibo No.: 0023170148 Valor: $00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: qbjvhklaldbcfrli

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.certificadoscamara.com y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

No. de acciones	:	5.000.000,00
Valor Nominal	:	$1.000,00

CAPITAL SUSCRITO

Valor	:	$10.000.000,00
No. de acciones	:	10.000,00
Valor Nominal	:	$1.000,00

CAPITAL PAGADO

Valor	:	$10.000.000,00
No. de acciones	:	10.000,00
Valor Nominal	:	$1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La sociedad tendrá un Gerente y un suplente del Gerente, quienes tendrán la representación legal de la sociedad. El suplente del Gerente reemplazar al Gerente en sus ausencias absoiutas o temporales.

Todos los empleados de la compañía con excepción de los designados por la Asamblea General de Accionistas y los correspondientas del Revisor Fiscal, si los hubiere, estarán sometidos al gerente en el desempeño de sus cargos.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

FUNCIONES Y FACULTADES DEL GERENTE; En desarrollo de lo estipulado en los artículos 99 y 196 del Código de Comercio son funciones y facultades del Gerente de la compañía las siguientes:

a) Hacer uso de la denominación social;

b) Ejecutar los decretos de la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva.

c) Ejercer las funciones que le delegue la Asamblea de Accionistas y la Junta Directiva;

d) Constituir los apoderados Judiciales y extrajudiciales que juzgue necesarios para la adecuada representación de Ja sociedad, delegándoles las facultades que estime conveniente, de aquellas que el mismo goza.

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.certificadoscamara.com 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.

e) Ejecutar los actos y celebrar todos los actos y contratos que tiendan al desarrollo del objeto social sin límite alguno.

g) Convocar a la Asamblea General de Accionistas de la compañía a sesiones extraordinarias cada vez que lo Juzgue conveniente o necesario o cuando so lo solicite un número de accionistas que represento por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los votos:

h) Presentar a la Asamblea General de Accionistas, en sus sesiones ordinarias, el balance de cada ejercicio, y un informe escoto sobre la forma como hubiere llevado a cabo su gestión y las mecidas cuya adopción recomiende a la Asamblea.

i) Apremia a los empleados y demás servidores de la compañía a que cumplan los deberes de su cargo, y vigilar continuamente la marcha de la empresa, especialmente su contabilidad y documentos.

j) Cuitar que la reuadaci6n o inversión de los fondos de la empresa se hagan debidamente

k) Convocar a la Junta Directiva cuando le estime necesario y presentarla los informes y documentos que le sean exigidos,
PARÁGRAFO 1: PROHIBICIONES; Como norma general queda prohibido al Gerente constituir a la sociedad en garante de obligaciones de terceros, o caucionar tales obligaciones con bienes sociales, y firmar títulos valores de contenido crediticio cuando no exista contraprestación cambiarla a favor de la sociedad; si de hecho lo hiciere, garantías, cauciones y obligaciones así constituidas carecerán de valor.
En forma excepcional, podrá el Gerente celebrar tales actos u operaciones, cuando ellos sean previamente autorizados por la Asamblea.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Documento Privado del 1 de junio de 2020, de los Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 9 de junio de 2020, con el No.10976 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE PRINCIPAL	ANA ISABEL VILLA HENRIQUEZ	C.C.1.128.424.799
GERENTE SUPELNE	LAURA RESTREPO MADRID	C.C.43.626.317

Recibo No.: 0023170148 Valor: $00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: qbjvhklaldbcfrli

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.certificadoscamara.com y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Extracto de Acta No.3 del 7 de abril de 2022, de la Asamblea de Accionstas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 20 de abril de 2022, con el No.12425 del Libro IX, se removió del cargo a LAURA RESTREPO MADRID y se dejó vacante el cargo.

DESIGNACIÓN APODERADO(S) JUDICIALES

PROFESIONALES ADSCRITOS

Por Documento Privado del 11 de septiembre de 2020, del Representante Legal, inscrito en esta Cámara de Comercio el 25 de septiembre de 2020, con el No.21323 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PROFESIONAL ADSCRITO	ANA ISABEL VILLA HENRIQUEZ	C.C 1.128.424.799
PROFESIONAL ADSCRITO	LAURA RESTREPO MADRID	C.C 43.626.317

Por Documento Privado del 28 de octubre de 2021, del Representante Legal, inscrito en esta Cámara de Comercio el 5 de noviembre de 2021, con el No.34579 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PROFESIONAL ADSCRITO	YESICA MILENA ALZATE ARNERA	C.C 1.000.404.640

Por Documento Privado del 10 de febrero de 2022, del Representante Legal, inscrito en esta Cámara de Comercio el 16 de febrero de 2022, con el No. 4538 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PROFESIONAL ADSCRITO	JENIFFER MELISSA MESA LONDOÑO	C.C 1.152.703.031

Por Documento Privado del 4 de abril de 2022, del Representante Legal, inscrito en esta Cámara de Comercio el 19 de abril de 2022, con el número 12119, del libro IX, se designó a:

Recibo No.: 0023170148 Valor: $00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: qbjvhklaldbcfrli

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.certificadoscamara.com y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PROFESIONAL ADSCRITO	ESTEBAN ESCOBAR ARISTIZABAL	C.C 1.037.667.404

Por Documento Privado del 27 de abril de 2022, del Representante Legal, inscrito en esta Cámara de Comercio el 9 de mayo de 2022, con el No. 17373 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PROFESIONAL ADSCRITO	VALENTINA ARANGO CASTAÑO	C.C 1.152.224.340
PROFESIONAL ADSCRITO	DAVID SANTIAGO ROJAS BERNAL	C.C 1.152.215.070

Por Documento Privado del 1 de agosto de 2022, del Representante Legal, inscrito en esta Cámara de Comercio el 4 de agosto de 2022, con el No.27768 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PROFESIONAL ADSCRITO	ANA COLOMBIA VALENCIA CARDENAS	C.C 1.214.732.264

REFORMAS DE ESTATUTOS

Que hasta la fecha la Sociedad no ha sido reformada.

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 Medellín para Antioquia, 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

---

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.certificadoscamara.com y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal código CIIU: 6910

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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 Micro.

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

Ingresos por actividad ordinaria $658,334,765.00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU: 6910

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

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual, puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido, hasta cuatro (4) veces durante 60 días calendario contados a partir del momento de su

Recibo No.: 0023170148 Valor: $00

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: qbjvhklaldbcfrli

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.certificadoscamara.com 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.

---

expedición, ingresando a www.certificadoscamara.com y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

SANDRA MILENA MONTES PALACIO
DIRECTORA DE REGISTROS PÚBLICOS

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 7237031767251728

Generado el 02 de septiembre de 2022 a las 12:52:33

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

NIT: 860026518-6

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 5100 del 08 de octubre de 1969 de la Notaría 3 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación SEGUROS COLINA S.A.

Escritura Pública No 809 del 11 de marzo de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

Escritura Pública No 1071 del 04 de abril de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocoliza el acuerdo de fusión mediante el cual, CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A. absorbe a LA CONTINENTAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.

Escritura Pública No 3583 del 07 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por ACE SEGUROS S.A.

Resolución S.F.C. No 1173 del 16 de septiembre de 2016 , la Superintendencia Financiera no objeta la fusión por absorción entre Ace Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., protocolizada mediante Escritura Pública No.1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Su domicilio principal será en la ciudad de Bogotá D.C y cambio su razón social por la de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 645 del 12 de marzo de 1970

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente que será Representante Legal de la Compañía y será elegido por la Junta Directiva para períodos de un (1) año, pudiendo ser reelegido indefinidamente o removido en cualquier tiempo. La Junta Directiva nombrará representantes legales adicionales al Presidente, para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente o removidos en cualquier tiempo. Los representantes Legales tomarán posesión ante el Superintendente Financiero. FUNCIONES DEL PRESIDENTE: Corresponde al Presidente las siguientes funciones: a) Representar a la Sociedad y administrar sus bienes y negocios con sujeción a la Ley, a los Estatutos, a las Resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva, con las limitaciones que estos Estatutos le imponen; b) Constituir apoderados judiciales de la Sociedad para tramitación de negocios específicos; c) Constituir apoderados extrajudiciales de la Sociedad ante cualquier autoridad gubernamental o entidad semioficial o particular o ante Notario para la realización de gestiones específicamente determinadas, comprendidas dentro del límite de sus propias atribuciones; d) Celebrar o ejecutar por sí mismo todos los actos y contratos en que la Sociedad haya de ocuparse, pero cuando se trate de adquisición, enajenación o gravamen de bienes raíces,

CERTIFICADO VALIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 72370317672517 28

Generado el 02 de septiembre de 2022 a las 12:52:33

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

deberá obtener aprobación de la Junta Directiva si su valor excediere de veinticinco millones de pesos (25.000.000.oo) moneda legal; e) Someter a la aprobación de la Junta Directiva, la creación de los cargos de Vicepresidentes y/o Auxiliares Ejecutivos, la creación o supresión de Sucursales y los nombres de las personas designadas para ejercer dichos cargos o para gerenciar las Sucursales; f) Crear los cargos necesarios para el buen funcionamiento de la Sociedad, nombrar a las personas que han de desempeñarlos, señalar sus asignaciones y elaborar los contratos laborales a que hubiere lugar; g) Presentar a la Asamblea General de Accionistas, en su reunión ordinaria anual, un informe escrito sobre la forma en que hubiere llevado a cabo su gestión y las medidas cuya adopción recomiende así como el proyecto de distribución de utilidades, todo lo cual deberá haber sido aprobado por la Junta Directiva; h) Designar Corredores o Agentes de Seguros y celebrar los contratos a que hubiere lugar; i) Autorizar con su firma los balances de la Sociedad, los Títulos de acciones y las copias de las Actas que se expidan, tanto de las reuniones de la Asamblea General de Accionistas como de la Junta Directiva; j) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva; k) Solemnizar las reformas de los Estatutos; l) Llevar a cabo la liquidación de la Sociedad a menos que la Asamblea General de Accionistas designe otro y otros liquidadores; m) Las demás que le asigne o delegue la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva y dar cumplimiento a las órdenes que le impartan dichos organismos. (Escritura Pública 1482 del 21 de octubre de 2016 Notaria 28 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Manuel Francisco Obregón Trillos Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 79151183	Presidente
Olivia Stella Viveros Arcila Fecha de inicio del cargo: 24/09/2015	CC - 29434260	Representante Legal
Maria Del Mar Garcia De Brigard Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 52882565	Representante Legal
Óscar Luis Afanador Garzón Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 19490945	Representante Legal
Gloria Stella García Moncada Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 39782465	Representante Legal
Daniel Guillermo García Escobar Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 16741658	Representante Legal
Juan Pablo Saldarriaga Arias Fecha de inicio del cargo: 28/04/2022	CC - 1017142329	Representante Legal
María Patricia Arango Vélez Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 43510821	Representante Legal
Carolina Isabel Rodríguez Acevedo Fecha de inicio del cargo: 12/10/2017	CC - 52417444	Representante Legal

CERTIFICADO VALIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7237031767251728

Generado el 02 de septiembre de 2022 a las 12:52:33

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Lorena Gutiérrez Flores Fecha de inicio del cargo: 07/02/2019	PASAPORTE - G23204652	Representante Legal (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2022150402- 000 del día 12 de agosto de 2022, la entidad informa que, con Acta 390 del 29 de julio de 2022, fue removido del cargo de Representante Legal . Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)
Luis José Silgado Acosta Fecha de inicio del cargo: 27/02/2020	CC - 79777524	Representante Legal (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020064283-000-000 del día 13 de abril de 2020, la entidad informa que con Acta No. 358 del 27 de marzo de 2020, fue removido del cargo de Representante Legal. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)
Carlos Humberto Carvajal Pabón Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 19354035	Representante Legal

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, multirriesgo industrial, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, salud y vida grupo. Con Resolución 1451 del 30 de agosto de 2011 Revocar la autorización concedida a ACE SEGUROS S.A, para operar los ramos de Seguro de Vidrios, Salud y Colectivo de Vida, decisión confirmada con resolución 0756 del 25 de mayo de 2012.

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) El ramo de Multirriesgo industrial se debe explotar según el ramo al cual corresponda cada amparo. b) El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.B. No 0746 del 13 de mayo de 2005 Ramo de Seguros de Exequias

Resolución S.F.C. No 0159 del 18 de febrero de 2015 , la Superintendencia Financiera autoriza para operar el ramo de seguros de salud

Escritura Pública No 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Como consecuencia de la absorción de Chubb de Colombia asume los ramos de aviación, vidrios, colectivo de vida autorizados mediante Resolución 5148 del 31 de diciembre de 1991 a Chubb de Colombia. Circular Externa 052 del 20/12/2002 El ramo multirriesgo familiar se explotara bajo el ramo de hogar.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7237031767251728

Generado el 02 de septiembre de 2022 a las 12:52:33

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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									Fecha de Emisión		
		Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	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	4,50
42551	SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPANÍA	10,50

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

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**

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

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

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2020/07/30**

Hoja Matriz de: OTROS

Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**02**	**46343**		**0**	

Operacion:RENOVACION **1 OPERACION ORIGINAL**

T.Pol.	Periodo	T. Seg.	T.Neg. 1	Mod. Seguro 0	CON:	
			COMERCIAL	EXTRACONTRACTUA		

Forma Lucro Cesante	Coaseg. Pactado Negocio 40	%	Periodo Indemn. No Jumbo	Meses	Poliza Acomod. N	Pol.Rel/Autor 00/

Departamento....:	CALDAS	Cod.....:	15
Sucursal.....:	CALI	Cod.....:	05
NombMULTIBROKER		Cod. Agente.....:	1-1111
		Coms.Agente..:	%/ 15.00%
Tomador.....:	CLINICA VERSALLES S.A.	Nit. CC.....:	8100032451
Direccion.....:	CLL 51 No 24 50	Ciudad.....:	MANIZALES
Asegurado.....:	CLINICA VERSALLES S.A.	Nit. CC.....:	8100032451
Direccion.....:	CLL 51 No 24 50		MANIZALES
Beneficiario....:	TERCEROS AFECTADOS	Nit. CC.....:	11111
Direccion.....:	ND		-
Moneda.....:	PESOS	Cod.....:	00
Tipo de Cambio..:			

V I G E N C I A S:	POLIZA			DOCUMENTO		Calculo: 2=Corto Pl.
Ter	Dias	Emision	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Prima 3=Prorrata
12	364	20200730	20200731	20210730	20200731	20210730	3 4=Especial

Tipo de Negocio.: Sin Coaseguro %
ó Aceptacion....:

Coaseguros.....: | Poliza Lider | Doc Lider
Aceptados .....: % Participacion % |

Nro. de Rsgo	Bien A. o Tray	Cod de Amp	Des cr. Amp	Descripcion del Riesgo: Bien Asegurado	Decl arac	Ram Esp	Dias Lucro	Suma A/da. Anual Lim.Max.Asegurado Lim.Max.Despacho.
001	001	44	MDM	UTILIDAD BRUTA	N	12		2000.000.000,00
TOTAL VALORES								**2.000.000.000,00**

Des Amp	Vlr.A/ble/* Valor Valor Base*	Despacho	Su ma	Tasa Basica	Valor Prima	* Deducibles * %	Valor
MDM	2000.000.000,00		S	0,000	145.200.000,00	0,000	
TO	**2.000.000.000,00**				**145.200.000,00**		**...TOTALES**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2020/07/30**

Hoja Matriz de: OTROS					
Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**02**	**46343**		**0**	

Operacion:RENOVACION **1 OPERACION ORIGINAL**

Continuacion de la pagina Anterior

Nro. Rsgo	Direccion riesgo / Desc. Actividad	Codigo Ubica.	Codigo Ocupac.	Grupo Const	Clasifica.
001	CLL 51 No 24 50 OTROS	7011			

COASEGUROS CEDIDOS

Clausulas y Textos:

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN COMUNICACION DEL BROKER SE RENUEV
A LA PRESENTE POLIZA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

Certificado de Cesión de Reaseguro
Certificate of Reinsurance Cession

Confirmamos por medio del presente la cesión facultativa aceptada por ustedes, de acuerdo a los terminos y condiciones detallados a continuación.
We hereby confirm the Facultative cession accepted by you in accordance with the terms and conditions, as follows:

Certificado N°	:	**GCP/ 12-00000**
Asegurado *Insured*	:	**CLINICA VERSALLES S. A.**
Codigo Multinacional *Multinational Code*	:	Rcc Treaty
Poliza Local No. *Local Policy No.*	:	0046343
Endoso No. *Endorsement No.*	:	00000
Ubicación *Location*	:	CLL 51 No 24 50 MANIZALES
Ramo *Line of Bussines*	:	RESPONSABILIDAD
Vigencia *Policy Term*	:	2020/07/31 a 2021/07/30
Bienes Asegurados *Insured Properties*	:	
Moneda *Currency*	:	PESOS
Suma Asegurada Total *Insured Amount*	:	2,000,000,000.00
Prima Total *Premium*	:	145.200.000,00
Su Participación Suma *Your Share Sum*	:	2,000,000,000.00
Su Participación Prima *Your Share Premium*	:	145.200.000,00
Reserva de Primas *Premium Reserve*	:	
Comisión *Commission*	:	
Saldo Neto *Net Balance*	:	145.200.000,00
Observaciones *Observations*	:	CONTRATO RENOVACION

Los demás términos y condiciones se muestran en documento adjunto, mismo que deberán revisar y, en caso de estar conformes, devolver copia firmada del presente.
The other terms and conditions are shown in attached document, which you should revise and return signed copy as acceptance confirmation.

Santa Fe de Bogotá 30 de JULIO de 2020

Reasegurador
Reinsurer

Cedente
Cedent

CHUBB

REAR33A
30/07/2020
19:30:04

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "A"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0046343	00000	12-00000	02 RENOVACION	0040878

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia		
00		2020/07/30	2020/07/31	A	2021/07/30

Asegurado
08100032451-CLINICAVERSALLES S. A.

Reasegurador	Broker
-	

Línea de Negocio	MIultinal	RCC	Treaty
7 ********			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	% Cedido	Suma Cedida	Prima Cedida	Comisión	% Comisión	Reserva	% Reserva
12	MEDICAL		2000,000,000.00	145,200,000.00				
		SUBTOTAL	2000,000,000.00	145,200,000.00				

CHUBB

REAR33A
30/07/2020
19:30:04

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "B"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0046343	00000	12-00000	02 RENOVACION	0040878

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia		
00 PESOS		2020/07/30	2020/07/31	A	2021/07/30

Asegurado
08100032451-CLINICAVERSALLES S. A.

Reasegurador	Broker

Línea de Negocio	MIultinal	RCC	Treaty
7 ********			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	Distribución de Suma	Distrib. de Prima	Comisión	Reserva	Total
RETENIDO						
12	MEDICAL	2000,000,000.00	145,200,000.00			145,200,000.00
		2000,000,000.00	145,200,000.00			145,200,000.00
		2000,000,000.00	145,200,000.00			145,200,000.00

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Revision** **LISTADO DE CONTROL - RESPONSABILIDAD CIVIL** **12 -12** **HOJA: 1**

CHUBB - COLOMBIA **12 - 12**

EMITIDO: 2020/07/30 19.28.48 **___REASEGURO___** **REA031**

Poliza... 46343

Endoso... Ref

Operacion: 02 Emision:2020/07/30 Vigencia:2020/07/31-2021/07/30
Moneda: 00 Cambio:
T030
No.RIMET T030 Periodo 2007 Ramo Emis. 12 Ramo Espec. 12

No	Ds	Tp Rea	Tip Reasg	Contr Limite	En Exceso	%	Ca pa	Prima Pactada	Comision	Reserva
01	NA	RET				100.0000	11			
02	NA	RET				100.0000	21			
03	XL	RET		150,000			21			
04	XL	XL1	PZ6B	4,850,000	150,000		21			
		05190				100.0000	20200601	20210531		

DISTRIBUCION REASEGURO
DISTRIBUCION REASEGURO

Itm	Ssb	Cb	Codigo y Nombre Reaseguradora	%Cedido	Distrib.Suma	Distrib.Prima	Comision Valor	Comision %	Reserva Valor	Reserva %
				Sbtotal						
				Tot Ret						
				Tot Ced						
				Totales						

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 Línea - PSE. En PSE usted podrá realizar el pago (total o parcial /cuotas) de sus pólizas o endosos, debitando el valor de cualquier entidad financiera donde tenga la cuenta corriente o de ahorros.

Ingrese a www.chubb.com/co / Servicios en Línea / Pagos en Línea.

Los pagos con tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Diners y American Express) se realizarán a través de este medio (Servicio de pagos en línea - PSE).

Opción 2: PORTAL BANCOLOMBIA
Pago a través de Portal Bancario BANCOLOMBIA, en el cual usted podrá realizar el pago de sus pólizas o endosos, siempre y cuando el pago lo vaya a realizar de una cuenta corriente o de ahorros de esta entidad financiera.

Ingrese a www.grupobancolombia.com

Opción 1: TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA a:
BANCOLOMBIA Cta. Corriente # 048-026518-07 CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025 DAVIVIENDA Cta. Corriente # 5169-90066
Incluir en el campo "Descripción" **o su equivalente los datos de: Ramo, número de póliza y certificado.**

Opción 2: Consignación en cheque o efectivo en CUENTAS CONVENIO:
BANCOLOMBIA Convenio 7178
CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025
También puede realizar pagos en efectivo (máximo $ 1.000.000) en cualquier punto de la red "Vía Baloto", citando la Cta. Ahorros # 5019884025 de CITIBANK.

En caso de realizar su pago utilizando cualquiera de las alternativas de la Opción 2, incluya en el campo "Detalle" o "Referencia de pago" del comprobante de consignación: **el ramo, número de póliza y certificado**. Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.

Envíe comprobante de consignación a:
pagos.clientes@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

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Lunes 01 de Agosto del 2022
HORA: 10:56:33 am

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo suscrito a nombre de; ANDRES EDUARDO DEWDNEY MONTERO, con el radicado; 202200018, correo electrónico registrado; andresdewdney@hotmail.com, dirigido 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

Archivo Cargado
RESPUESTADEMANDAYPODER.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20220801105637-RJC-3459

Señor (a)
JUEZ (A) SEGUNDO (A) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
E.SD.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DECLARATIVO DE GERMAN DARÍO CIFUENTES SALAZAR Y OTROS CONTRA BRAHYAN STEVEN - LÓPEZ LARGO, E.P.S. SANITAS S.A. Y CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A.

RADICADO Nro. 17001310300220220008100.

CONTESTACIÓN DEMANDA CODEMANDADO BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO

ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO, identificado con la C.C. Nro. 72.203.823 de Barranquilla y la T.P. Nro. 93.691 del C.S. de la judicatura, em mi calidad apoderado del codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, mayor de edad, identificado con la C.C. Nro. 1.054.994.636, me permito dar respuesta a la demanda de la referencia, en estos términos:

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Nos oponemos a cada una de las pretensiones de la demanda, en la medida que no surgen los presupuestos para que el médico que apodero sea condenado de forma individual ni solidaria.

TEORÍA DEL CASO COMO MEDO DE DEFENSA

Se debe precisar que el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** no fue médico tratante respecto de la cirugía de ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VÍA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN), realizada a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR,** el día 14 de septiembre de 2022, y tampoco hizo parte del grupo de médicos que atendieron a la paciente en el postoperatorio inmediato (14 y 15 de septiembre de 2021) por tanto, los cuestionamientos relacionados con el postoperatorio inmediato, no le son imputables al no ser médico tratante respecto de los mismos.

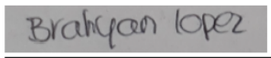
El Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, solo valoró a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** dos (2) día después de la cirugía, concretamente el 15 de septiembre de 2021, a las 21: 40 p.m., y a las 23: 23 p.m.

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 78 **FECHA** 15/09/2021 21:40:37 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 UNIDAD	HIDROMORFONA CLORHIDRATO SOLUCION INYECTAB	INTRAVENOSA	Dosis Unica	NUEVO
diluir en 10 cc y administrar 3 cc iv					
3,00	1,00 AMPOLLAS	TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 50	INTRAVENOSA	8 Horas	SUSPENDI
en caso de dolor itnenos					



BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO
Reg. 1054994636
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 81 **FECHA** 15/09/2021 23:26:12 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL, EN DIA 2 POP DE CIRUGIA ANTIREFLUJO (FUNDUPLICATURA NISSEN), RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA POR SATURACION EN 40%, ENCUENTRO PACIENTE TAQUIPNEICA, CON RESPIRACION SUPERFIC Y JADEO, PALIDA, SUDOROSA, NORMOTENSA, TAQUICARDICA, A LA AUSCULTACION SIN SOPLOS, SIN AGREGADOS PULMONARES PERO CON HIPOVENTILACION BASAL IZQUIERDA, SE TOMA EKG CON TAQUICARDIA SINUSAL, NO SIGNOS DE ISQUEMIA, NO ARRITMIAS, FC 160, FR 30, TA 130/80, GLUCOMETRIA 116. SE ADMINISTRA BOLO DE LEV, SE INICIA OXIGENO SUPLEMENTARIO POR MASCARA DE NO REINHALACION, SE ALCANZAN METAS DE SATURACION POR ENCIMA DE 90% CON MEJORIA DEL PATRON RESPIRATORIO, POR CUADRO CLINI SE SOSPECHA TEP, POR ESTADO POP NO SE SOLICITA DIMERO D, ESPERO CONCEPTO DE MEDICINA INTERNA PARA PERTINENCIA DE TOMA I ANGIOTAC, INICIA ANTICOAGULACION PLENA.
PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS, POBRE PRONOSTICO A LARGO PLAZO, CONSIDERO NO CANDIDATA A REALIZAR MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA.

Evolución realizada por: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO-Fecha: 15/09/21 23:26:15

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

La paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** presentó un cuadro súbito de baja de saturación, el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** logró que saturación llegara al 90%, ordenando exámenes complementarios e iniciando anticoagulación plena, detallando en la HC, el pobre pronostico a largo plazo, dejando consignado que la paciente no era candidata para maniobras de reanimación avanzada (intubación e ingreso a UCI)

Nótese que entre las 21: 40 p.m., y a las 23: 23 p.m., del 15 de septiembre de 2021, la pacientes estaba establece, el cuadro clínico que presentó a las 23: 26 p.m., fue súbito e imprevisto para el medico Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**

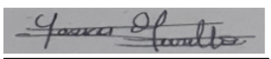
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 79 **FECHA** 15/09/2021 22:10:22 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE CAMBIA ACCESO VENOSO, CON PREVIA EXPLICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SE REALIZA LAVADO DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. SE VERIFICA SITIO DE INSERCIÓN Y SE PROCEDE HACER DESINFECCIÓN DE SITIO CON ALCOHOL AL 70%, SE PUNCIONA VENA CON CATÉTER NUMERO 22 ANTEBRAZO DE MANO IZQUIERDA UNICA PUNCION , SE VERIFICA PERMEABILIDAD,SE FIJA CON APÓSITO TEGADERM PREVIAMENTE ROTULADO CON: NUMERO DE CATÉTER, FECHA DE INICIO, FECHA DE VENCIMIENTO, HORA, SE ORGANIZA EQUIPO Y SE ELIMINAN RESIDUOS SE CAMBIA ACCESO VENOSO POR FILTRACION

Nota realizada por: YESICA YULIETH MURILLO GRAJALES Fecha: 15/09/21 22:10:50



YESICA YULIETH MURILLO GRAJALES
Reg. 490219
AUXILIAR DE ENFERMERIA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 86 **FECHA** 16/09/2021 05:01:58 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

Salida Clínica: 16/09/2021 05:06:54

EVOLUCIÓN MÉDICO

HACIA LAS 03+30 RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA.
SE ENCUENTRA PACIENTE EN PARO CARDIORESPIRATORIO, SIN PULSOS CENTRALES.
SE REALIZA MASAJE CARDIACO COMO PROTOCOLO DE REANIMACION BASICA.
PASADOS 15 MINUTOS SE ENCUENTRA AUN SIN PULSOS CENTRALES, SIN SIGNOS VITALES, PUPILAS MIDRIATICAS, SIN REFLEJOS DE TALLO.
PACIENTE QUE POR COMORBILIDADES NO ES CANDIDATA A MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA COMO INTUBACION OROTRAQUEAL.
SE DICTAMINA HORA DE MUERTE A LAS 03+45
7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** 30403693

G.etareo: 9

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa:	SANITAS PGP 1		**Afiliado:**	BENEFIC NIVEL 1	
Fecha Nacimiento:	18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS		**Sexo:** Femenino	**Grupo Sanguíneo:**	**Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono:	8709776		**Dirección:**	CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR	
Barrio:	SIN IDENTIFICAR		**Departamento:**	CALDAS	
Municipio:	MANIZALES		**Ocupacion:**	NO APLICA	
Etnia:	Ninguna de las anteriores		**Grupo Etnico:**		
Nivel Educativo:	NINGUNO		**Atención Especial:**	OTROS	
Discapacidad:	Multideficit		**Grupo Poblacional:**	NO DEFINIDO	

Evolución realizada por: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO-Fecha: 16/09/21 05:02:02

Brahyan lopez

BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO
Reg. 1054994636
MEDICINA GENERAL

Se describe entonces que la paciente entra en paro cardiorrespiratorio por las comorbilidades no era candidata a maniobras de reanimación avanzada como entubación orotraqueal la muerte se dictamina a las **3: 35 a.m., del 16 de septiembre de 2021**

Las condiciones de salud de la paciente (desde su naciemiento) previo a su ingreso a la clincia **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES**, se traducen en comorbilidades; las cuales eran indicativas que la paciente, no fuera candidata a maniobras de reanimacion avanzada, por lo qe se le continuó dando manejo de soporte necesario como está documentado en la historia clínica.

Es de precisar que el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** no incurrio en ninguna omision al decidir no iniciar SVA (Soporte Ventilatorio Avanzado) al aplicar el triage conforme los criterios de ingreso a UCI.

El Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** adoptó tales criterios con juicio clinico valido, en consideracion ya que **estos criterios están definidos en función de la probabilidad de recuperación del paciente en el corto plazo sin que requiera SVA una vez superado el episodio agudo.**

Hubo consentimiento tácito del familiar acompañante de no maniobras de reanimación avanzada como entubación orotraqueal como se explica y sustenta en la presente contestación de demanda.

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

- ✓ **A LOS HECHOS RELACIONADOS CON LAS PARTES.**

AL HECHO 1.1. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.2. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.3. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.4. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.5. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.6. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.7. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

- ✓ **HECHOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA SEÑORA MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR POR PARTE DE LA CLÍNICA OSPEDALE.**

AL HECHO 2.1. Dado lo documentado en la historia clínica aportada a la demanda. **Es cierto, pero** es necesario precisar que la parálisis cerebral espástica es el tipo más común de parálisis cerebral, que incluye rigidez muscular y reflejos exagerados y también relacionado con discapacidad intelectual, convulsiones, problemas de la visión, oído y el habla. Siendo este su diagnostico principal, es de señalar que las personas con parálisis cerebral congénita tienen una esperanza de vida inferior a la de la población general, y raramente sobreviven más allá de los 30 o 40 años de edad.[1]

AL HECHO 2.2. Dado lo documentado en la historia clínica aportada a la demanda **Es cierto**, de acuerdo con registro de historia clínica.

AL HECHO 2.3. Dado lo documentado en la historia clínica aportada a la demanda Es cierto, de acuerdo con registro de historia clínica.

AL HECHO 2.4. Dado lo documentado en la historia clínica aportada a la demanda. **No es cierto**. Consta dentro del registro de historia clínica, consentimientos suscritos por la familiar y demandante en este caso **ALBA DANERY SALAZAR BUITRAGO.**

AL HECHO 2.5. No es cierto, resultando especulativo, pues cada caso en medicina no es igual, y sobre todo porque lo descrito no está contextualizado en un caso en particular sino por el contrario es una descripción general que no hace referencia a una situación específica que permita darle validez científica a lo que se narra en este hecho de la demanda, por tanto, lo narrados es meramente especulativo.

[1] PARÁLISIS CEREBRAL Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO https://aspace.org › assets › uploads › publicaciones

AL HECHO 2.6. El médico que apodero no tuvo injerencia en lo que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES** presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica. Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda.

Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora en la medida que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora con fundamento en la literatura científica.

AL HECHO 2.7. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica.

Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda.

En todo caso lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora en la medida que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora con fundamento en la literatura científica.

AL HECHO 2.8. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES** presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica. Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda.

En todo caso lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

Se aclara, que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora, en la medida, que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, lo narrado deber ser probado por la parte actora con fundamento en la literatura científica.

AL HECHO 2.9. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, **por no haber sido parte del equipo médico** que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES** presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica.

Debe el juez de la causa, por favor, revisar la historia clínica de la paciente para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en este hecho demanda.

En todo caso, lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora, en la medida, que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora con fundamento en la literatura científica.

AL HECHO 2.10. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES** presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica. Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda.

En todo caso lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

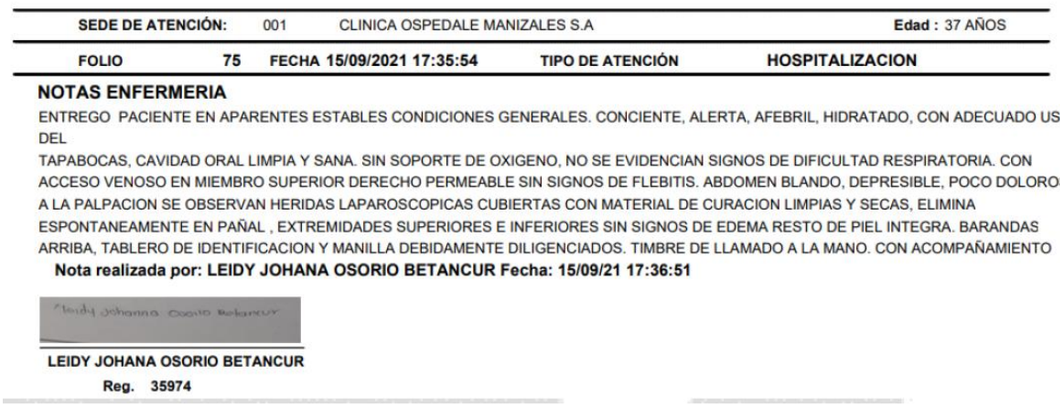
Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora, en la medida, que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora para que el hecho tenga relevancia en la demanda.

AL HECHO 2.11. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica. Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda

En todo caso lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora, en la medida, que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora con fundamento en la historia clínica.

AL HECHO 2.12. No es cierto. Sea lo primero señalar que para el dia 15 de septiembre de 2021 el mundo se hallaba bajo los efectos de la pandemia por Covid 19, y la ciudad de manizales no era la excepcion, por lo cual la ocupacion hospitalaria (servicio de urgencias, hospitalizacion y UCI) era muy alta en todas las instituciones de salud. Y en esta institucion en particular el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ** que cubria el turno del 15 de septiembre de las 7 pm al 16 de septiembre a las 7 am. Debiendo atender el servicio de hospitalizacion que comprende 3 pisos con 36 pacientes cada uno, siendo el, el unico medico que le correspondia atender dicho servicio en dicho turno. Del examen de la historia clinica en el turno de la tarde del 15 de septiembre, registra en la historia nota de enfermeria a las 17:35 donde se evidencia que para ese momento no referia signos de dificultad respiratoria.



SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 75 **FECHA** 15/09/2021 17:35:54 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ADECUADO USO DEL
TAPABOCAS, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, POCO DOLOROSO A LA PALPACION SE OBSERVAN HERIDAS LAPAROSCOPICAS CUBIERTAS CON MATERIAL DE CURACION LIMPIAS Y SECAS, ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL , EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO

Nota realizada por: LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR Fecha: 15/09/21 17:36:51

LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR
Reg. 35974

En todo caso sobre lo acontecido a la paciente en la jornada del dia, nos atenemos a lo registrado en historia clinica.

De acuerdo con el registro de historia clinica el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** a eso de las 23:26 p.m., le recibe llamado de enfermeria por **disminucion subita** de la saturacion que bajo hasta el 40%, y que con la administracion de oxigeno con mascara de no reinhalacion recupero la saturacion por encima de 90% con mejoria del patron respiratorio, por cuadro clinico se sospecha TEP (Tromboembolismo Pulmonar) solicitó valoracion por Medicina Interna para pertinencia de toma de Angiotac a efecto de confirmar la sospecha de TEP, e inicia anticoagulacion con Enoxaparina (anticoagulante) conducta medica que fue acompañada de EKG (electrocardiograma), le administro liquidos endovenosos, ordeno radiografia de torax, tendiente todo ello a estabilizar la paciente.

AL HECHO 2.13. El hecho no se suscitó como lo narra la parte actora, por tanto, se explica con la presente contestacion como acontenció la atención médica por parte del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, de acuerdo con el registro de historia clinica no consta en ninguna de las notas que la paciente haya presentado algun episodio convulsivo, por tatonto lo afirmado en tal sentido es falso.

De lo anotado en este hecho de la demanda, con relacion a la nota de historia clinica que se transcribe en este hecho de la demanda, se puede advertir que a la paciente se le brindo la atencion medica adecuada y pertinente para la condicion clinica que presentó en ese momento; logrando estabilizarse de su sistema respiratorio recuperando la saturacion en rangos adecuados (mas del 90%).

Es claro, que la atención en salud dispensada por el medico Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, fue correcta para la situación que presentó la paciente.

AL HECHO. 2.14. No es cierto como lo expone la apoderada de la parte actora; lo narrado no corresponde a los realmente acontecido, se torna especulativo y carante de veracidad, pues lo afirmado no está soportado en historia clinica.

Es de precisar que ante la sospecha de TEP, la conducta medica es iniciar anticoagulacion, sin estar condicionado a la confirmacion imagenologica (angiotac) luego lo prioritario en ese momento fue la conducta medica adoptada de anticoagular, sin tener aun la confirmacion por imagen, indica que en este caso se actuó de manera oportuna y adecuada. Y no se espero la confirmacion cuya contemporizacion implicaria un mayor riesgo vital, el actuar del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** estuvo conforme a lo que indica la Lex Artis, en la situación particular de la paciente, precisamente cada caso debe analizarse de forma concreta

La muerte de la pacinete, no está relacionada causalmente con el actuar medico del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**

AL HECHO 2.15. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contraría a la realidad de lo acontencido.

En este caso nos encontramos frente a un criterio médico avaldado por la Ley 23 1991, criterio respaldado conforme el estado de salud de la paciente conforme lo consigando en la historia clínica, se observa que la nota completa de la historia clinica diligenciada por del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, advierte y da cuenta, como justificacion clinica, que la paciente tenía antecedentes patologicos graves, importantes e incapacitantes registrados en su historia clinica de toda su vida, que la hacian tener un pobre pronostico de vida, no debe olvidarse lo súbito del cuadro clinico, dificultó el pronostico de recuperación, este cuadro súbito fue precisamente al que se enfrentó el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**

Las condiciones de salud (desde su naciemiento) de la paciente previo a su ingreso a la clincia **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES**, se traducen en comoribilidades; las cuales eran indicativas que la paciente, no fuera candidata a maniobras de reanimacion avanzada, por lo qe se le continuó dando manejo de soporte necesario como está documentado en la historia clínica.

Es de precisar que el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** no incurrio en ninguna omision al decidir no iniciar SVA (Soporte Ventilatorio Avanzado) al aplicar el triage conforme los criterios de ingreso a UCI.

El Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** adoptó tales criterios con juicio clinico valido, en consideracion ya que **estos criterios están definidos en función de la probabilidad de recuperación del paciente en el corto plazo sin que requiera SVA una vez superado el episodio agudo.**

AL HECHO 2.16. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contrario a la realidad de lo acontencido; la parte actora presenta una situación descontextualizada de lo que fue el acto médico del Dr**. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, siendo deber procesal de los demandantes probar lo que se afirma.

Tal como fue contestado en hecho anterior, el cambio del estado de salud súbito que presentó la paciente, en cuanto a la depresion respiratoria a eso de las 23:26 p.m., con el manejo medico recibido, la paciente recuperó su saturacion y se estabilizó, todo conforme lo que presupuestó el médico **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO** al ordernar la medicacion que le fue suministrada concomitante con su valoración.

Cuatro horas despues de la valoración del Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, la paciente presenta paro cardiorespiratorio y se le brindan maniobras medicas oportunas por parte del Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ**, las cuales no responde la paciente y fallece.

AL HECHO 2.17. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contrario a la realidad de lo acontencido; la parte actora presenta una situación descontextualizada de lo que fue el acto médico del Dr**. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, siendo deber procesal de los demandantes probar lo que se afirma.

Al respecto se precisa, que la paciente estuvo acompañada por una familiar, pues en el hehco 2.13 de la demanda se afirma:

> *"Durante la noche del 15 de septiembre de 2021 siendo las 23:26, su condición empezó a empeorar; presentó una mayor dificultad para respirar con una saturación de 40%, a lo que se aunaron episodios de convulsiones, sus familiares indican que los médicos de manera inmediata al ver que si era real el estado tan grave en el que se encontraba la paciente ingresaron a brindarle ayuda y darle reanimación básica, le aplicaron algunos fármacos y* ***llamaron a los demás familiares para estuvieran pendientes de su evolución, así se registró en la historia clínica:***

Lo anterior nos indica, que sí hubo un familiar con la paciente, ahora lo que se debe tener claridad entonces, es si hubo o no consentimiento de este para hacer o no las maniobra de reanimación descrita en este hecho de la demanda

De la propia demanda se desprende, como se afirma en el hecho 2.13 al hacer alusion al evento de la desaturacion subita (40%), que habia al menos un familiar presente a eso de las 23:26 p.m. del 15 de septiembre y que luego de estabilizarse la paciente, la familiar presente, fue informada de la condicion critica de la paciente, y considerando con criterio medico los antecedentes patologicos, y el pobre pronostico de la paciente aunado al marco pandemico, se le expuso y justifico con validez cientifica la definicion del dilema ético presente.

Se tiene que en ninguna parte de la historia clínica ni en la misma gravación de voz (prueba aportada en la demanda) la familiar presente que ademas fue la que grabó al Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** hubiere manifestó su negativa que a la paciente no se le hicieran maniobras de reanimación y/o medidas invasivas en UCI o por decirlo en otros terminos. la familiar no solicitó de manera clara y precisa que se le hicieran maniobras reanimación y/o medidas invasivas en UCI a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR.**

Ante lo explicado por el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** la familiar presente, no se opuso a la explicación de médico, esa no oposición, materializa un consentimiento informado tacito que avaló lo que el médico explicó con claridad

En ese sentido precisamente el Consejo de Estado avanzó en el tema del consentimiento informado, admitiendo que este se puede incluso presumir, al punto de hablar de consentimiento tácito, sobre este punto se sustentara ampliamente en el item de excepciones.

AL HECHO 2.18. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contrario a la realidad de lo acontencido; la parte actora presenta una situación descontextualizada de lo que fue el acto médico del Dr**. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, siendo deber procesal de los demandantes probar lo que se afirma.

La paciente no fue sometida a un sufrimiento innecesario por parte del equipo de salud del que hizo parte el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** puesto que el evento súbito que presentó la paciente fue atendido de manera inmediata y en forma pertinente.

Se advierte nuevamente que la paciente de acuerdo con el registo de historia clinica solo presentó un evento súbito de dificultad respiratoria (hora 23:26 p.m.) **no siendo cierto que haya padecido dificultad respiratoria todo el dia**.

No es cierto afirmar que el material de video se registró en el el momento de la reanimacion y la muerte de la paciente, el video no ofrece probatoriamente certeza de la hora de grabación, lo que se demuestra es precisamente la preconstitución de una prueba amañada, pues si fuera cierto que no hubo consentiminto de lo familiares para no hacer maniobras de reanimación e ingreso a UCI , porqué en el video no quedo plasmado tal situacion, porque en dicho video no se solicitó por parte del que grababa la atención medica que se queria para su familiar.

Lo que se denota, es precisamente una video de un **momento inespecifico** [2]de la atencion en salud de la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR,** grabado por la señor sñeora **GABRIELA SALAZAR** familiar presente en la habitación, que decide crear la prueba, omitiendo en dicha grabación no solicitar de manera clara y precisa que la paciente fuera reanimada e ingresada a UCI, si era su verdadera intención como se quiere hacer ver en la demanda.

Es claro que la intención del video era hacer ver que a la paciente no se le suministraron servicio, pero llama la atención que de la misma prueba tambien se evidencia que no fueron solicitados de froma clara y expresa; entonces el video tambien deja ver que el familiaque grabó a la pacinete, es decir la señora **GABRIELA SALAZAR**, pudo en dicho video manifestar que sí autorizaban servicios la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR,** pero no lo hizo, por eso la prueba preconstituida para la demanda, lo que denota es que fue grabada para posteriormente presentar demanda.

[2] **Debe se ubicado entre las 23:26 p.m., y 3: 35 a.m., del 16 de septiembre de 2021**

Es necesario precisar contrario a lo expuesto en este hecho que el esfuerzo terapeutico en el caso particular no implicaba maniobras heroicas, en consideracion al pobre pronostico de vida consecuencia de los graves antecedentes patologicos que padecia la paciente; ya que someterla a tal posibilidad si implicaba prolongar su sufrimiento innecesario y ello no significa que se le hubiera negado atencion medica cuando la requirio.

Al HECHO. 2.19. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contrario a la realidad de lo acontencido; la parte actora presenta una situación descontextualizada de lo que fue el acto médico del Dr**. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, siendo deber procesal de los demandantes probar lo que se afirma.

Lo primero que hay que señalar es que el registro magnetofonico a que se hace referencia en este hehco de la demanda, no transcribe toda la comunicación. Pues ademas la voz masculina que identifican con el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO** sostiene un dialogo con una mujer que de acuerdo con lo que se afirma en este hecho se trata de la señora **GABRIELA SALAZAR,** identificada como tia de la paciente y demandante en este proceso.

Del registro total magnetofonico se desprende que la familiar no manifiesta ninguna oposicion a lo explicado por su interlocutor. Lo que equivale a una aceptacion y a un consentimiento tacito. Como ya se explico, y quedo registrado en historia clinica.

Lo explicado por el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** estuvo fundamentado en en la valoracion que este hizo de la pacinete y los índices de pronósticos indican que el enfermo no es recuperable, el persistir en la realización de procedimientos invasores y aplicación de muchos medicamentos, que en nada benefician al paciente, llevan a la obstinación terapéutica que más que evitar una muerte prolongan una agonía.

Al HECHO. 2.20. No es exacto, por lo que no es del todo cierto. Ya se precisó que lo acontecido con la paciente Monica Liliana Cifuentes Salazar (Q.E.P.D.) lo fue durante el marco de una pandemia mundial, lo que hizo necesario fijar ademas de los criterios para ingreso a UCI que fueron ajustados por la Academia Nacional de Medicina por criterios mucho mas estrictos en consideracion a la situacion excepcional de pandemia por Covid 19. Todos los cuales fueron considerados con apego y juicio clinico valido por parte del Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO** frente al caso particular, he informado oportunamente a la familiar presente.

Al HECHO. 2.21. No es cierto por lo ya explicado al contestar el hecho anterior (2.20) y como se ha expuesto a lo largo de esta contestacion.

AL HECHO. 2.22. No nos consta la hora exacta en que se le realizo la RX, lo cierto es que el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** la ordenÓ de forma pertinente y oportuna, y su reporte no evidencio situacion que indicara conducta diferente a la adoptada hasta ese momento.

AL HECHO 2.23. No nos consta, nos atenemos al registro de historia clinica. Lo cierto es que en el turno que le correspondio atender al Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, frente a la desaturacion subita formula sospecha diagnostica de TEP y por ello de manera congruente ordena anticoagulante. Sin embargo es de precisar que al fallecer la paciente en tan corto tiempo, no fue posible confirmar a ciencia cierta la sospecha diagnostica de manera objetiva.

AL HECHO 2.24. Cierto, el Dr. **RAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, es llamado por la enfermera para atender el evento súbito de paro cardiorespiratorio realiza maniobras de reanimacion a la paciente sin respuesta positiva.

EXCEPCIONES DE FONDO

- ✓ **EL ACTO MEDICO REALIZADO POR EL DR. BRAYAN STEVEN López SE CUMPLIÓ CONFORME CON LA LEX ARTIS AD HOC Y POR TANTO ACTUÓ CON DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA.**

A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito medico la conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos[3]

Como se puede observar él médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrásico de cada paciente. Por ello, los protocolos de manejo que hoy son esgrimidos como herramienta probatoria a efecto de determinar la imputación o responsabilidad, constituyen en principio solo guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de la **lex artis** se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que "*debe hacerse",* lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebidos, son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, hasta que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar. Es el caso de las Escuelas médicas, donde un grupo de especialistas soportan y difunden una determinada técnica o procedimiento que puede alternar con otra escuela, cada una de ellas útil desde un punto de vista y al hacer el análisis, ambas deben ser aceptadas como posibilidades viables. Ahora bien, el apartarse de la lex artis no debe entenderse necesariamente como infracción del deber de cuidado, pues la lex artis solo describe el contexto empírico en el que el juez debe formar el juicio de valor. Por qué en el caso específico de que se trate se puede demostrar la corrección del comportamiento médico que se aparta de las reglas reconocidas, máxime si consideramos que el deber de cuidado se mide de acuerdo con la capacidad individual y los especiales conocimientos del profesional que le puede llevar en el caso concreto a un juicio distinto del

[3] Choclan Montalvo, J. Antonio, Deber de cuidado y Delito imprudente, Bosch, 1998. pag 169.

comúnmente aceptado. Por eso, la *"experiencia decantada, no limita la medida del conocimiento y capacidad que el obligado tiene que aplicar."* (cita de Stratenwerth[4]).

Concluyese de lo anterior en términos de Martínez Calcerrada que en materia medica es válida la afirmación de que a "*cada acto, una ley*", en la idea de que cada acto médico precisa para su adecuado ajuste de corrección, es decir, para valorar tanto el elemento causal, autor y diligencia desplegada, como el efecto o fin obtenido, resultado de dicho acto en el paciente, la preexistencia de una lex que así lo juzgue o, incluso, y en razón de la peculiar gestación de este en relación con aquel, se podría hasta opinar que es el mismo acto el que genera, por una especie de mecanismo de autorregulación, su propia ley, con la que indefectiblemente, habrá de enjuiciarlo.

En ese sentido nos identificamos plenamente con los conceptos expuestos por Celia Weingarten[5] al indicar que, únicamente es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular y normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado. Solo la ciencia legitima la comprobación de un curso causal que desde el antecedente lleve al consecuente. Ello por cuanto el hecho humano medico presenta un contenido esencialmente científico que tiene sus propias reglas y principios.

Ese contenido especifico de la medicina impone que el hacer profesional del médico se integre con los métodos, técnicas y procedimientos establecidos por la ciencia médica, desarrollando una conducta acorde con la misma, sin perjuicio de la **Discrecionalidad Científica** que le permite optar entre las distintas alternativas que la medicina admite, conforme el desarrollo científico progresivo. Comporta, por tanto, una regla de valoración científica de la conducta médica (relación de causalidad científica).

De allí que el medico solo satisface (cumple jurídicamente) su prestación mediante una actividad técnica y científicamente adecuada, que normal y ordinariamente pueda conducir a cierto resultado, aunque esta no pueda garantizarse.

Este enlace entre el obrar del médico y el resultado dañoso debe verificarse entonces con arreglo a un modelo científico que valore o pondere si el daño que se le atribuye se conecta causalmente con su conducta, no en el sentido de que dicha acción materialmente haya ocasionado al resultado insatisfactorio como inicialmente venía siendo examinado, sino si lo genero conforme un criterio científico de curso causal.

---

[4] La lex artis comprende aquellas reglas basadas en la experiencia y aceptadas por la mayoría de la comunidad de expertos, deducidas del examen de casos similares. La lex artis, entendida como norma técnica, debe referirse siempre, allí donde existan, las máximas de reconocimiento general sin que pueda venir determinada por la iniciativa individual del profesional al amparo de la libertad del método. Concepto que expone J. A Choclan M, en alusión a Romeo Casabona en su texto El médico y el Derecho penal, Madrid 1985 pag .70
La lex artis como norma, de complejo encaje en el ordenamiento, se contrapone su creciente importancia como estándares de conducta que pueden erigirse en criterios de imputación de responsabilidad. Al respecto destaca Jakobs que "*tampoco es conveniente fijar legalmente un estándar en aquellos casos, como de nuevo, en el campo de la medicina, en los que se produce una evolución permanente. Por ello, la regla profesional reconocida, la lex artis, sustituye en estos ámbitos al precepto jurídico*." En La Imputación objetiva en Derecho penal. Bogota, 1995. pag 26
En tal sentido José Manuel Fernández Hierro en su obra Sistema de Responsabilidad medica, segunda edición, Editorial Comares, Granada 1998, Pág. 217. "*En definitiva la solución de la lex artis es mas aparente que real, porque al fin y al cabo, siempre habrá que determinar cuales son los cuidados atentos y conscientes, que en cada caso concreto, haya que dar al paciente con arreglo a las normas actuales de la ciencia medica; y para averiguarlas, en cada supuesto especifico, deberá producirse el reenvió del derecho a normas extrajuridicas, ya que ninguna ley positiva contempla la totalidad, luego este comportamiento deberá averiguarse con arreglo a normas profesionales y científicas medicas."*

[5] Weingarten,Celia. Relación de Causalidad y Discrecionalidad Científica Ediciones forenses Pag.82

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que, ante el acaecimiento de un daño a la integridad física, pueda ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio, y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dado el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa, o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al accionar médico35. .

Pues está visto, aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico. Como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

La medicina como ciencia que es concibe métodos científicos de acceso al conocimiento que constituyen su contenido y sobre el cual los científicos polemizan y tratan de avanzar en la búsqueda de nuevos horizontes en pos de un desarrollo que se supera. Tales contenidos constituyen caminos alternativos y avances progresivos, que hacen o producen la vejez o lo inadecuado de algunos de esos caminos. Quiere decir que mientras no sean controvertidos o cuestionados racionalmente y descalificados, seguirán teniendo vigencia conservando su legitimidad. En tal sentido el epistemólogo de la ciencia Karl Popper señala que es la comunidad quien evalúa y decide, por lo cual el derecho a la discrecionalidad se legitima desde la sociedad hacia el profesional, constituyendo así un monopolio del saber, al someter al estudio de la ciencia en particular a reglas de enseñanza universitaria y a requisitos que debe optar para alcanzar el título que acredita en principio la idoneidad.

Constituye así la discrecionalidad científica el lindero que le concede al profesional un marco conceptual, el cual el juez debe respetar y no puede desconocer sobre base de la convicción subjetiva**.** Sobre tal consideración el autor Alemán Armin Kaufmann expone: "*Si subsiste una ley causal conforme a la cual pudiera llegar a subsumirse el suceso concreto, discutible en círculos especializados determinantes, entonces el juez no está autorizado, con todo a fundamentar su decisión por la vía de la formación de la convicción subjetiva y con ello en el lugar de los círculos especializados determinantes, decidir si realmente existe o no la ley causal científico natural. Esto solo es de competencia de la correspondiente disciplina científico natural. Las leyes causales solo deben ser aplicadas por el juez, cuando hayan alcanzado reconocimiento general dentro de los círculos determinantes de los investigadores científicos. Solo el juez puede decidir sobre esto. Por lo demás, las leyes causales han sido privadas de su formación de convicción subjetiva*"[6]**.** En este mismo sentido ya son varios los pronunciamientos judiciales en derecho comparado en los que se ha hecho claridad en tal aspecto y se ha reconocido dicha tesis[7].

[6] Destacamos el trabajo de investigación que en esta materia realizaran los autores José Gregorio Mesa Azuero y Martha Cecilia Agudelo Yepes titulado Daño vs. Resultado insatisfactorio aplicación al estudio de Responsabilidad Medica publicado en Casos Forenses 11 Señal Editora Edición 1999. pag 7 a 28. En que se hace una clara distinción entre los eventos denominados Iatrogenia, Accidente, complicación y mala práctica.

[7] No es reprochable la conducta del médico que haya empleado un método más defendible que otro. En caso de controversia científica, los jueces en la duda, deben actuar con extrema prudencia y exonerar de responsabilidad al médico demandado." Moscicicki y Shor, 107, 192, 163 a 341, Canadá. P. Deschamps "l'obligación de mohines en matiere de responsabilite medicale" Cowansville Editiones y von Blais, 1990. En igual sentido, la doctrina y jurisprudencia de Canadá y EE.UU, sostienen que la alternativa estratégica-científica del abordaje involucra un concepto que es de dominio de la ciencia médica y no de la jurídica y por consiguiente ajena al debate judicial, quien solo debe resguardar pautas de razonabilidad jurídica y ejercicio regular de los derechos: "*solo genera responsabilidad del médico si su conducta implica un abuso, sometiendo al paciente a un riesgo ilegitimo o que implique una desviación de la finalidad curativa. Así como la libertad de tratamiento reconocida a los médicos no puede ser limitada por ninguna prescripción legislativa o reglamentaria, tampoco puede ser considerada como una permisión de un ejercicio abusivo.*" OMS comité consultivo Lyón, junio 13 de 1985 pag 387**.**

- ✓ **<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO TÁCITO VALIDO Y SUFICIENTE</u>**

Como fue explicado en la respuesta a los hechos de la demanda, esta defensa evidencia la intención de los demandantes, en preconstituir pruebas documentales (video y grabación de voz) durante el acto médico a fin de presentar de forma posterior una demanda de responsabilidad civil.

No obstante, llama la atención, que la parte actora a través de la señora **MÓNICA SALAZAR** preconstituyó de pruebas documentales (video y grabación de voz) no dejó o no quiso dejar de forma premeditada una conducta diferente a la que se evidencian en el video y grabación de voz al médico, en cuanto a que la intención y voluntad real era que a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** si le hicieran maniobras de reanimación y/o medidas invasivas en UCI.

Es decir, se pretende con un video y una grabación de voz que hizo la familiar señora **MÓNICA SALAZAR**, documentar probatoriamente que ella u otros famílar nunca dieron consentimiento para que no reanimar y/o se hiciera medidas invasivas en UCI en la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR**, cuanto la preconstitucuón de la pruebas ya referenciadas eran el medio probatorio para manifestar que si autorizaban tales medidas, **<u>es decir, por qué al preconstiuir la prueba, no se dejó grabado por parte de que quien filmaba o grababa (</u>**familiar señora **MÓNICA SALAZAR) <u>de forma clara y expresa, que sí solicitaban o autorizaban medidas de reanimación y/o medidas invasivas en UCI.</u>**

Esto nos lleva entonces a decir, que el consentimiento para no reanimar ni hacer medidas invasivas en UCI fue tácito, pero, sobre todo, porque nunca hubo una oposición a la explicación que le dio el **Dr. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO** del estado de salud de la paciente y la situacion a seguir conforme el mismo, teniendo el familiar que hizo el video y la grabación, la posibilidad y derecho de manifestar su oposición a lo explicado y documentarlo en vido o en grabación de voz.

Asi las cosas el video y la grabación de voz, dan cuenta, que ninguno de los famillares, ni mucho menos el que filma y graba, solicitó de forma expresa, <u>medidas de reanimación y/o medidas invasivas en UCI para la paciente, pues de haber sido asi, esto debio quedar filmado y grabado; por tanto, el video y la grabación sirven para probar que nunca se oposuerieron a la indicación y explicación que dio el</u> **Dr. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO.**

No es reprochable la conducta del médico que haya empleado un método más defendible que otro. En caso de controversia científica, los jueces en la duda, deben actuar con extrema prudencia y exonerar de responsabilidad al médico demandado." Moscicicki y Shor, 107, 192, 163 a 341, Canadá. P. Deschamps "l'obligación de mohines en matiere de responsabilite medicale" Cowansville Editiones y von Blais, 1990. En igual sentido, la doctrina y jurisprudencia de Canadá y EE.UU, sostienen que la alternativa estratégica-científica del abordaje involucra un concepto que es de dominio de la ciencia médica y no de la jurídica y por consiguiente ajena al debate judicial, quien solo debe resguardar pautas de razonabilidad jurídica y ejercicio regular de los derechos: "*solo genera responsabilidad del médico si su conducta implica un abuso, sometiendo al paciente a un riesgo ilegitimo o que implique una desviación de la finalidad curativa. Así como la libertad de tratamiento reconocida a los médicos no puede ser limitada por ninguna prescripción legislativa o reglamentaria, tampoco puede ser considerada como una permisión de un ejercicio abusivo.*" OMS comité consultivo Lyón, junio 13 de 1985 pag 387**.**

Toda intervención lleva concebido el consentimiento explicito o tácito al decidir y asumir eventuales consecuencias. La actividad medica no es actividad peligrosa, ni gobernada por la responsabilidad objetiva (Obligación de medios), su fin es el bienestar, por la salud libre de apremios. Esta actividad conlleva en gran medida riesgo, de modo frecuente aparecen en un procedimiento variables incontrolables, no solo por el estado del arte, por la reacción de cada organismo al dolor, a la enfermedad, al procedimiento. Admitiendo y reconociendo que la práctica de algún modo provoca lesiones a la corporeidad humana. Es un error epistemológico concebirla como actividad peligrosa (visión peligrosista), pues desconoce la historia, presente y futuro de la actividad médica. De allí que tampoco se puede blandir la posición de garante, debe indagarse hasta donde se extienden las fronteras, no predicar en abstracto, sino en concreto.

Hemos de precisar lo expuesto por el Consejo de Estado en cita anotada que "*en todo caso que la exteriorización de la* ***voluntad libre*** *del paciente, vale decir, su querer interno no necesariamente debe ser manifestado en forma expresa. Si bien la voluntad debe traducirse en un acto material, puede darse a conocer directamente mediante el lenguaje o la declaración verbal o escrita, a través de cualquier otro signo como sería el comportamiento.*

De modo que la manifestación del paciente no requiere -para que emerja válidamente- un comportamiento expresivo específico como sería el lenguaje convencional en su modalidad escrita o solemne, sino que la voluntad puede ser reconstruida a partir de la conducta asumida por el paciente que adquiere un significado jurídico, al revelar el propósito del mismo.

Expresión volitiva tácita o indirecta que es manifestación inequívoca, clara y precisa de la voluntad y por lo mismo está dotada de igual fuerza vinculante que la forma directa de exteriorizar el querer, como que produce los mismos efectos que si hubiese sido expresada de manera explícita en un documento escrito.

De ahí que si bien resulta deseable que el consentimiento informado sea manifestado externamente por el paciente de manera directa y expresa en un documento escrito, toda vez que este tipo de lenguaje es quizás el medio más idóneo para exteriorizar la voluntad en este tipo de situaciones, nada impide para aquella se establezca a partir de otros instrumentos, como sería el comportamiento desplegado por el propio paciente frente a las indicaciones del médico tratante, que revelan su voluntad implícita manifestada en una declaración tácita."

Y agrega más adelante el Consejo de Estado: "*En una palabra, del comportamiento del paciente que se revela en el silencio ante las múltiples advertencias emana la forma de un consentimiento tácito. Es más, mutatis mutandi, podría incluso afirmarse parafraseando al profesor Hinestrosa[8], que la conducta humana no se agota en la declaración, que existen otras formas y esta es justamente, el comportamiento o conducta de la cual se deduce la voluntad.*

[8]HINESTROSA, Fernando, Curso de obligaciones (conferencias), segunda edición mimeografiada, Bogotá, Facultad de Derecho, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1961, p. 124

Dentro del marco de la responsabilidad medica debe juzgarse que *los riesgos inherentes* son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con este, sea por las causas especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnica o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud , negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis. Se insiste: no se trata de una relación entre la intervención y el daño corporal, porque es claro que en el caso particular, la falta de información no es la causa de daño, sino que el mismo derivo de las condiciones intrínsecas del organismo, y de los riesgos inherentes de la intervención, los cuales serían idénticos con o sin información previa.

Nuestro ordenamiento jurídico, como ya se anotó, no ordena la exigencia de una voluntad expresa, vale decir, que se traduzca en una afirmación neta y caracterizada y en correlación directa e inmediata con el procedimiento quirúrgico por adelantarse.

De ahí que para la Sala debe resultar claro que en *sub judice* medió una manifestación consciente y libre de la decisión volitiva, ello no obsta para que tenga plena eficacia jurídica cuando ella aparece de manera tácita, en tanto ella evidencia no sólo el pleno conocimiento de los eventuales riesgos a los que se sometía, sino que también se trata de una voluntad libre, como quiera que de acuerdo con las pruebas evaluadas, la misma no adolece de vicios.

En un proceso terapéutico planificado como en este caso, que carece de propósitos egoístas, en el que la relación médico-paciente se construye sobre la confianza, existe un pacto terapéutico, en el que el paciente desea liberarse de su sufrimiento, y salir del callejón sin salida en el que es colocado por la condición clínico patológica que lo obliga a pedir asistencia médica; luego la terapia corresponde a un espacio protegido en el que se trata de entender al afectado, contribuyendo a una mejor comprensión y procurar un cambio para su bien. Consecuentemente el convenio terapéutico explicito significa que tiene lugar un encuentro entre el médico y el paciente en el que la dignidad de este permanece intacta. Dignidad que se ve deteriorada por el curso de la enfermedad que lo obligara a consultar en busca de solución y es por lo que decide someter colocándose en manos del profesional de la salud para procurar con su intervención posibilidades de vida perdida. Esto es el restablecimiento de mi propia autoridad y mi autodeterminación comprometida por la enfermedad, con lo que se puede decir que mi dignidad esta conservada en esta expectativa. Nada de lo que hace el terapeuta medico está orientado a subyugarme y alejarme de mi mismo. Un médico respeta mis síntomas, tienen un sentido y son respuestas inteligentes a las exigencias de la historia vital.

Es claro pues que la autorización suscrita por la paciente en el caso sub judice es categórico al indicar con el registro magnetofónico que esgrime, que la familia era conocedora y fue advertida de los riesgos a que se enfrentaba con la decisión medica adoptada conforme con los criterios fijados en época de pandemia para calificar y acceder o no como beneficiaria del SVA. Siendo suficiente elemento objetivo, para desvirtuar la argumentación de las pretensiones fijadas en la demanda.

Se insiste: no se trata de una relación entre la intervención y el daño corporal, porque es claro que, en el caso particular, la falta de información no es la causa de daño, sino que el mismo derivo de las condiciones intrínsecas del organismo, y de los riesgos inherentes, y el pobre pronostico vital., los cuales serían idénticos con o sin información previa.

De ahí que para el señor juez debe resultar claro que en *sub judice* medió una manifestación consciente y libre de la decisión volitiva, ello no obsta para que tenga plena eficacia jurídica cuando ella aparece de manera tácita, en tanto ella evidencia no sólo el pleno conocimiento de los eventuales riesgos a los que se sometía, sino que también se trata de una voluntad libre, como quiera que de acuerdo con las pruebas evaluadas, la misma no adolece de vicios. Téngase además en cuenta que en todo caso el Dr. López atendiendo la ética medica cumplió con la normativa deontológica (ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 3380 de 1981) en cuanto que:

ARTÍCULO 16. Ley 23 de 1981– La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. **El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.** (el galeno lo hizo al informar al familiar como quedo registrado en la grabación magnetofónica)

Concordancia D. 3380/81 Art. 10. – "El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse consecuencia del tratamiento o procedimiento médico".

No obstante que podía quedar exonerado en consideración a la situación de urgencia.

Art. 11. – "El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: a. Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan. b. Cuando exista urgencias o emergencias para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico". Art. 12. – "**El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla".** (como efectivamente lo hizo al dejar la justificación clínica de la decisión conforme los criterios médicos al final de la nota a eso de las 23:26 del 15 de septiembre) Art. 13. – "Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico". ARTÍCULO 17. – La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente. ARTÍCULO 18. – **Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarla a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales. (Efectivamente lo hizo como quedo registrado en la grabación magnetofónica)**

En un proceso terapéutico planificado como en este caso, que carece de propósitos egoístas, en el que la relacion médico-paciente se construye sobre la confianza, existe un pacto terapéutico, en el que el paciente desea liberarse de su sufrimiento, y salir del callejón sin salida en el que es colocado por la condición clínico patológica que lo obliga a pedir asistencia médica; luego la terapia corresponde a un espacio protegido en el que se trata de entender al afectado, contribuyendo a una mejor comprensión y procurar un cambio para su bien. Consecuentemente el convenio terapéutico explicito significa que tiene lugar un encuentro entre el médico y el paciente en el que la dignidad de este permanece intacta. Dignidad que se ve deteriorada por el curso de la enfermedad que lo obligara a consultar en busca de solución y es por lo que decide someter colocándose en manos del profesional de la salud para procurar con su intervención posibilidades de vida perdida. Esto es el restablecimiento de mi propia autoridad y mi autodeterminación comprometida por la enfermedad, con lo que se puede decir que mi dignidad esta conservada en esta expectativa. Nada de lo que hace el terapeuta medico está orientado a subyugarme y alejarme de mi mismo. Un médico respeta mis síntomas, tienen un sentido y son respuestas inteligentes a las exigencias de la historia vital.

Todo lo expuesto y soportado es suficiente elemento objetivo, para desvirtuar la argumentación del demandante.

- ✓ **VALIDEZ DE LA CONDUCTA MEDICA ADOPTADA POR EL GALENO BRAYHAN STEVEN LOPEZ FRENTE AL DILEMA ÉTICO QUE REPRESENTABA LA CONDICIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE.[9]**

La profesión médica, fiel a su compromiso de buscar el beneficio de los pacientes y lograr los mejores resultados posibles en el proceso de atención, respetando sus derechos y voluntad, se enfrenta al reto de la pandemia de Covid-19 y la consecuente situación de emergencia sanitaria, la cual conlleva un estado de excepcionalidad que modifica de manera fundamental algunos elementos tradicionales de la práctica médica.

En lo concerniente al soporte vital, específicamente la atención en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), u otras medidas de soporte vital como la atención en Unidades de Cuidados Intermedios, la Ventilación Mecánica Invasiva, la Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) o la diálisis en estados agudos, así como otros medios o procedimientos que busquen sostener la vida y mejorar la posibilidad de supervivencia, las cuales para efectos del presente documento se denominarán Soporte Vital Avanzado (SVA), se prevé una difícil situación, pues las proyecciones de los modelos matemáticos disponibles muestran que, es probable que el número de casos que requerirán este tipo de soporte superará la oferta disponible durante los picos de la pandemia.[10]

[9] **Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina de Colombia para enfrentar los conflictos éticos secundarios a la crisis de Covid-19 en el inicio y mantenimiento de medidas de soporte vital avanzado. Bogotá, Mayo 14 de 2020** (Versión revisada julio 10 de 2020)

[10] La estimación de la OMS, con base en las estadísticas de Wu Han en 2020, señala que un 6,1% de los pacientes diagnosticados con Covid-19 requerirán atención en unidad de cuidado intensivo.

Dentro del marco de la declaración de pandemia por Covid-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud, el Gobierno colombiano declaró un estado de emergencia sanitaria, con el objeto de dar vía a la asignación excepcional de recursos públicos para responder a la emergencia por Covid-19, y como medida anticipatoria y preparatoria, ha hecho un esfuerzo por incrementar la oferta de camas de UCI y de equipos de Ventilación Mecánica Invasiva. Al mismo tiempo el Gobierno ha recomendado al sector prestador que, en la medida de lo posible, se liberen los recursos existentes para mejorar la disponibilidad de estos durante los picos de demanda, así como les ha recomendado contar con reglas claras para permitir el triaje organizado por niveles de cuidado a través de recomendaciones específicas o protocolos estandarizados para los profesionales.

A pesar de tales esfuerzos, y teniendo en cuenta el comportamiento que ha mostrado la pandemia por Covid-19 en otros países, se espera que, inevitablemente, en algunas instituciones prestadoras, durante algunos espacios de tiempo, los picos de demanda superen la oferta disponible de recursos tecnológicos y humanos para el SVA. Ante una circunstancia de oferta insuficiente para responder a la demanda aumentada, se hace necesario recurrir a una lógica basada en el principio de *justicia distributiva*,[11] según el cual se debe maximizar el resultado agregado en salud para la sociedad. Esto supone que será necesario, solo de manera excepcional, y cuando se demuestre escasez, dar prioridad al beneficio colectivo sobre el beneficio individual. Dentro del marco de derechos humanos, la protección del derecho fundamental a la salud en el contexto de la emergencia se entiende como el acceso a la atención sanitaria de máximo nivel que pueda proporcionarse, buscando el grado máximo de salud que se pueda lograr.

Para hacer operativa esta lógica, se debe aplicar un proceso de *triaje*, el cual consiste en utilizar criterios específicos para priorizar la asignación del recurso escaso según la probabilidad que un paciente dado tenga de obtener resultados exitosos en salud cuando se beneficia del recurso en cuestión, para este caso específico, el SVA. Esta priorización implica, inevitablemente, que otro u otros pacientes no podrán beneficiarse de la asignación de este recurso escaso.

El proceder ético del médico frente al SVA, por fuera del escenario de crisis, está basado en buscar el beneficio para el paciente, sin tener en cuenta las consecuencias distributivas de tales decisiones. La modificación de este proceder ético, para dar prelación al principio de justicia distributiva en las circunstancias excepcionales de la emergencia, genera una gran carga moral y emocional en el médico que se ve obligado a tomar este tipo de decisiones. Cabe anotar que esta carga moral y emocional no se limita a los médicos, sino que también impacta a otros profesionales de la salud, y a la sociedad en general, para quienes puede ser especialmente difícil aceptar que sea imposible salvar todas las vidas.

[11] **Justicia distributiva:** Cuando los recursos son insuficientes para satisfacer las necesidades de las personas, su distribución debe partir de la base de buscar el mayor bienestar agregado posible. Este principio obliga a que, en la elección de pacientes para SVA en esta situación excepcional, se busque maximizar el bienestar agregado. En esta situación de excepción el principio de justicia distributiva tendrá prelación sobre el principio de beneficencia, pero siempre respetando la dignidad humana y protegiendo el derecho fundamental a la salud al máximo nivel que sea factible de proporcionar, dada la insuficiencia del recurso para SVA.

Ante esta retadora situación, se hace necesario establecer unas recomendaciones para enfrentar las decisiones de triaje de SVA, de tal manera que estas sean vistas como válidas, justas, eficaces y transparentes para que gocen de la mayor legitimidad posible, y que además sean imparciales y equitativas. Estas recomendaciones tienen como objetivos: 1) ayudar a preservar la confianza de la sociedad en el proceder ético del médico en estas circunstancias excepcionales; 2) mejorar la aceptación social de la inescapable realidad de la limitación de recursos tecnológicos y humanos durante los picos de demanda de SVA; 3) reducir la carga moral y emocional del médico que se ve obligado a realizar triaje de SVA; y 4) contribuir al desarrollo de la *lex-artis* en la situación excepcional que obliga a tomar decisiones de triaje de SVA.

En condiciones de no emergencia, existen unos criterios convencionales de elegibilidad para SVA que son basados en evidencia y que son generalmente aceptados por la profesión médica y por la sociedad. Estos criterios están definidos en función de la probabilidad de recuperación del paciente en el corto plazo sin que requiera SVA una vez superado el episodio agudo, y teniendo en cuenta el consentimiento del paciente o su representante. Sin embargo, en una situación de oferta insuficiente de SVA, es necesario adicionar otros criterios generales, puesto que el aplicar los criterios convencionales de elegibilidad puede dar como resultado que haya muchos más pacientes elegibles que recursos de SVA disponibles.

La Justicia distributiva con prelación frente al de beneficencia, ha de adoptarse conservado siempre el respeto a la dignidad humana y autonomía del paciente, con información transparente y objetiva frente a las condiciones de escasez y necesidad de triaje distributivo lo que implica limitar derechos individuales. Definir el inicio y suspensión de SVA, los criterios de elegible, pero también con medidas paliativas en quien no se inicie o suspenda. No iniciar o suspender el SVA en estas circunstancias no se ha de entender como daño. No se puede pretender acciones heroicas, sino existe probabilidad razonable de que el paciente se recuperara.[12]

Los Criterios específicos de la clasificación y selección (criterios que se han de evaluar simultáneamente) son: 1. El pronóstico de supervivencia a corto plazo
2. El pronóstico de supervivencia a largo plazo (expectativa de vida)
3. Las coomorbilidades que afecten el pronóstico del largo plazo
4. Y que tantos recursos de SVA se espera que consumirá el paciente.

- ✓ **LA ATENCIÓN MEDICA BRINDADA POR EL DR. BRAYHAN STEVEN LOPEZ NO LE OCASIONO PERDIDA DE OPORTUNIDAD DE SOBREVIVIR A LA PACIENTE. LA SUPUESTA OMISIÓN ENDILGADA AL MEDICO AUN HABIÉNDOSE MATERIALIZADO UN COMPORTAMIENTO DIFERENTE AL QUE SE LE REPROCHA COMO EXIGIDO NO TENÍA LA POSIBILIDAD SEGURA DE CAMBIAR EL CURSO CAUSAL DE LA ENFERMEDAD Y MUERTE.**

[12] Revista Conava. Harold Aristizábal Marín. El problema de la elección, el problema de la vida entera. El dilema ético que le propone el Covid 19 a la sociedad de hoy. Julio 2020.

La Corte Suprema de justicia en fallo del agosto 4 de 2014 (10261-2014) Margarita Cabello Blanco y 15 de junio de 2016(7824-2016) Margarita Cabello Blanco. Perdida de oportunidad en casos de RC Medica.

Consejo de Estado 5 de abril de 2017 unifico postura para verificar que la pérdida de oportunidad constituye un fundamento de daño derivado de la lesión a una expectativa legítima. 17001-233-1000-2000-0064-501 Ramiro Pazos Guerrero.

Ha sido criterio de la Corte[13] en sede civil, que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo. En igual sentido el Consejo de Estado[14] ha expresado, en reiterada jurisprudencia, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto, es decir que no se trate de meras posibilidades, o de una simple especulación.

Si el juez indemniza las consecuencias futuras de un daño es porque se halla capacitado para apreciar, partiendo de la existencia cierta de un agravio, en forma más o menos exacta, las repercusiones que el hecho ocasionará más adelante, cálculo que, en cambio, no puede en manera alguna efectuar, a menos de entrar en el terreno movedizo e incierto de las conjeturas, cuando la existencia del agravio depende de la producción de una serie de hechos contingentes y extraños al hecho ilícito en cuestión.[15]

La pérdida de la oportunidad de curarse o de sobrevivir se toma en consideración cuando es virtual y atribuible al accidente, en tanto que si ella es apenas eventual no será tenida como reparable: "*Si la víctima o sus causahabientes pueden establecer que sus oportunidades de curación hubiesen sido más grandes si el médico le hubiera dispensado cuidados más atentos, ella podría obtener por ese concepto indemnización de daños y perjuicios*"[16]

Se destaca en ese mismo sentido algunas precisiones que Francois Chabas ha realizado para admitir aplicar la perdida de oportunidad

[13] Sentencias de 17 de febrero de 1994, expediente 6783, y de 9 de mayo de 1995, expediente 8581.

[14]Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 7 de febrero de 2000, expediente 11649, actor Jesús Antonio Arce Jiménez.

[15] VEASE Sentencia 12555 de agosto 10 de 2001 CONSEJO DE ESTADO. Sentencia de enero 24 de 2002. Expediente 12.706. Consejero Ponente: Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros. Sentencia 14675 de septiembre 7 de 2004 SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA Radicación 14.675 Consejera Ponente:Dra. Nora Cecilia Gómez Molina

[16]La Responsabilité Civile, Philippe Le Tourneau, Dalloz, 1972, pág. 112.

Se requiere que la víctima haya tenido una oportunidad, un álea, lo cual implica que:

a) *"la víctima no tenía más que una esperanza: la de ver realizarse un evento benéfico... En la pérdida de una oportunidad, el proceso que podía conducir a la pérdida de la 'ventaja esperada' está generalmente iniciado. Es así como hablaremos de la pérdida de una oportunidad de sobrevivir para aquel que no tiene sino oportunidades de no morir.* ***Y ello es paradójicamente diferente de la situación de quien tiene oportunidades de morir.*** *El álea no es la misma cosa que el riesgo*",

b) la oportunidad debía existir, ser real y no meramente hipotética. Debe existir relación causal entre la conducta del agente y la pérdida de esa oportunidad, que no es lo mismo que establecer el vínculo causal entre la culpa del agente y la pérdida de la ventaja esperada. Por lo tanto, no puede hablarse de pérdida de oportunidad cuando se desconoce la causa de la pérdida de la ventaja, causa que pudo ser la culpa del agente. "*Está entonces prohibido, sobre todo, recurrir a la teoría de la pérdida de una oportunidad cuando el médico no ha hecho más que aumentar un riesgo*".

> "*Cuando el perjuicio es la pérdida de una oportunidad de sobrevivir, el juez no puede condenar al médico a pagar una indemnización igual a la que debería si él hubiera matado realmente al enfermo. El razonamiento es el mismo cuando la 'ventaja esperada' es diferente de la supervivencia, como por ejemplo, ganar un proceso. El juez debe hacer que la reparación sea proporcional al coeficiente de oportunidades que tenía el paciente y que este ha perdido... Se examina cuántas oportunidades tenía el paciente de no sufrir este otro perjuicio; se calcula la indemnización según esas oportunidades, pero tomando como base la suma que habría servido para indemnizar por la muerte o por la pérdida cierta de cualquiera otra 'ventaja esperada'*".

Sin embargo, al respecto es importante que se tenga presente que si lo que se le imputa al médico es un error en la decisión medica de no someter la paciente a SVA que tuvo como consecuencia no lograr interrumpir el curso causal de la enfermedad y sus consecuencia, lo cierto, es que aún en gracia de discusión que el actuar del galeno no fuera correcto y contrario a "lex artis" lo cierto es que su conducta no fue causa eficiente del resultado final en la medida que por la evolución de las patologías graves al momento de la atención su pronóstico vital era muy pobre por el curso clínico de su patología de base que evidenciaba. Lo cierto es que la pérdida de oportunidad no es un mecanismo para relevar al demandante de la carga de la prueba del nexo de causalidad, ello sería caminar por el sendero de los cursos causales hipotéticos no aptos para realizar juicios de valor jurídico.

En otros términos, no se puede considerar que la clínica ni su equipo médico del que hiciera parte mi representado le hubiera negado a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES** oportunidad de curarse o restaurarse; oportunidad que NO resulta cierta, en las circunstancias particulares del caso y el momento de pandemia.

- ✓ **ACTUACIÓN PROFESIONAL DEL DR- BRAYHAN STEVEN LOPEZ DENTRO DEL ÁMBITO DEL RIESGO PERMITIDO QUE FUE ASUMIDO COMO RIESGO[17] INHERENTE[18].**

Se hace necesario precisar, que en materia médica, no se puede hablar de ciencia exacta, es por ello que no se puede prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la lex artis.

Como bien lo señala la Corte en Sentencias recientes C7110-2017 del 24 de mayo de 2017 y 2007-00403-02 (SC-3272-2020) de septiembre 7 de 2020 con ponencia ambas de Luis Armando Tolosa Villabona. Todos los procedimientos que ejecuta un galeno tienen asociado un eventual riesgo para el paciente de engendrar un daño o secuela provocando lesión al cuerpo o la salud del paciente. Riesgos justificados, permitidos individual y socialmente inherentes al acto médico, pero determinados y cualificables en cada momento según el avance de la lex artis. Toda intervención lleva concebido el consentimiento explicito o tácito al decidir y asumir eventuales consecuencias. La actividad medica no es actividad peligrosa, ni gobernada por la responsabilidad objetiva (Obligación de medios), su fin es el bienestar, por la salud libre de apremios.

Esta actividad conlleva en gran medida riesgo, de modo frecuente aparecen en un procedimiento variables incontrolables, no solo por el estado del arte, por la reacción de cada organismo al dolor, a la enfermedad, al procedimiento. Admitiendo y reconociendo que la práctica de algún modo provoca lesiones a la corporeidad humana. Es un error epistemológico concebirla como actividad peligrosa (visión peligrosista), pues desconoce la historia, presente y futuro de la actividad médica. De allí que tampoco se puede blandir la posición de garante, debe indagarse hasta donde se extienden las fronteras, no predicar en abstracto, sino en concreto.

[17] **Riesgo** (según la RAE): "*Proximidad de ocurrencia de un daño o de un peligro, un accidente o contingencia. Contingencia o proximidad de un daño, peligro o riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal o situación en que aumenta la inminencia del daño*".

[18] **Inherente**(según la RAE): "*que por su naturaleza esta de tal manera unido a algo que no se puede separar de ello*".

Los *riesgos inherentes* al acto médico (ejecución o plan) son inseparables de la actividad medica porque no es ciencia exacta y acabada sino en constante dinámica y evolución. La literatura y la jurisprudencia es pacifica en sostener y reconocer que la medicina es una *ciencia en construcción* por lo que apareja ciertos riesgos inherentes a la realización de los procedimientos médicos los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad culposa.

Dentro del marco de la responsabilidad medica debe juzgarse que *los* ***riesgos inherentes*** son las *complicaciones, contingencias o peligros* que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con este, sea por las causas especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnica o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud , negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.

El control judicial no puede ser sobre las bases de los resultados adversos o de la falta de acierto para concluir que hubo un incumplimiento, tardanza y por ende culpa. Ello conduciría a coartar la libre iniciativa y el criterio profesional del médico, juzgando al médico a la luz de los resultados (medicina a la defensiva). Un error de juicio a un cuadro clínico complejo que dificulta la terapéutica no puede ser fuente de responsabilidad civil.

Destaquemos para el objeto de estudio que son las interacciones las riesgosas y no los resultados, con lo que se constata es la falta de situación típica, se tiene es la intención de un menor riesgo; no tiene sentido discutir el problema del resultado. De lo que se trata es de determinar si se está en el **ámbito del *riesgo permitido***; de ser así no hay situación típica, y por consiguiente no tiene sentido entrar en la cuestión del resultado, son atípicos. Su actividad es permitida antes que se haya causado cualquier resultado independientemente de su causación y aquí se hace necesario destacar una sentencia de 12 de Noviembre de 1999, donde se advierte que el juicio de valor de la conducta se debe dar ***ex ante* y *no ex post*.** Igualmente una decisión del Consejo de Estado con relación a una demanda por falla del servicio médico donde se reconoce como situación de fuerza mayor la complicación sobreviniente.[19]

Por otra parte, se ha de entender por "*riesgo*" a la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad en el curso de un tratamiento. Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico, pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, *verbigratia*, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o aleas propias de la ciencia médica, o aquellas que se derivan del estado del paciente o que provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, por ejemplo, entre otras las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.

[19]Sentencia de agosto 24 de 1998 M.P. Jesús María Carrillo. Jurisprudencia y Doctrina pag 1618-19.

El estado del paciente y sus reacciones orgánicas también pueden generar situaciones francamente imprevisibles que debe evaluar el juzgador al momento de determinar la responsabilidad médica; así, un marcado deterioro del estado de la salud puede incrementar el riesgo anestésico y quirúrgico, o el suministro de ciertos fármacos puede ocasionar en el enfermo reacciones inesperadas alérgicas, toxicas, idiosincrásicas etc., que en la actualidad no es posible evitar con los recursos que la ciencia y la técnica medica ofrecen, como tampoco paliar algunos de sus efectos.

Incluso, no puede soslayarse que el quehacer medico pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasionen un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere ocurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suela concluir que la llamada "***iatrogenia inculpable***", noción que también involucra el médico terapéutico y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometen su responsabilidad.

Como corolario se puede concluir que cualquiera sea la óptica con la que se pretenda examinar el caso en particular, no se puede llegar a reprobar jurídicamente la conducta del galeno, en el tratamiento a su paciente, ya que la complicación sobreviniente suscitada no puede ser estimada como un resultado dañoso, pues sucedió por la contingencia propia de la actividad desplegada como riesgo inherente y no por la causación voluntaria, siendo en tal condición irrelevante desde punto de vista de la responsabilidad civil.

- ✓ **INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO Y EN CONSONANCIA CON ELLO CARECE DE FUNDAMENTO LAS PETICIONES ECONÓMICAS, LAS DECLARACIONES Y CONDENAS.**

Nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de responsabilidad civil, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos y jurídicos que establezcan la existencia de un daño antijurídico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa al galeno que represento.

Valga indicar precedentemente al abordaje particular de cada uno de los perjuicios aludidos, que la jurisprudencia Colombiana invocando el tenor literal del Art. 167 C.G.P., ha sido directa en afirmar que "***el legislador tiene establecido que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen***"[20] cual reflejo de lo acontecido en el Derecho Francés, de tal suerte que la acción de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo.

De tal suerte que sea cual sea la naturaleza de los perjuicios reclamados, estos deberán ser acreditados a su Señoría dentro del proceso, mediante los medios probatorios que se recauden a través de la actuación, a propósito de lo cual debe señalar el suscrito apoderado, que brilla por su ausencia dentro del sumario, evidencia alguna que compruebe que la parte actora haya sufrido los perjuicios cuya condena solicita, en la extensión comprendida por sus aspiraciones económicas.

[20] Consejo de Estado, Sección Tercera, 12 de febrero de 1992, C.P. Dr. Montes Hernández, actor Guillermo Enrique Benítez. Exp. 7177

En primer lugar, tratándose de la pretensión de condena en contra de mi representado por concepto de perjuicios morales debe manifestar el suscrito, que no obstante que su tasación se encuentra sometida al *arbitrio judice*, igual de cierto resulta que la Sala Civil, máximo Juez natural y guía doctrinal dentro de los asuntos sometidos a tal jurisdicción, ha establecido dentro de su prudente juicio unos límites referentes a la tasación del perjuicio moral.

Así se infiere incluso de jurisprudencia relativamente reciente de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia como la sentencia SC – 035 del 13 de mayo de 2008, en Ponencia el Magistrado Cesar Julio Valencia Copete, al tenor de la cual tanto en caso de daño a la vida de relación como en perjuicio moral, se considera esta fuente de derecho como derrotero a seguir al momento de tasar este tipo de daños, en los siguientes términos:

> *"Otro tanto deberá hacerse en el momento en que los juzgadores, en forma mesurada y cuidadosa, asuman la labor de fijar el quantum de esta clase de perjuicio, bajo el entendido de que ella no puede responder solamente a su capricho, veleidad o antojo, sino que debe guardar ponderado equilibrio con las circunstancias alegadas y demostradas dentro de la controversia, velando así porque no sea desbordada la teleología que anima la institución de la responsabilidad civil, tema en el que, a buen seguro, la jurisprudencia trazará un útil marco de referencia, en forma similar a lo que ocurre en tratándose del daño moral.*

En este orden de planteamientos, se destaca como precedente judicial en este sentido sentencia de casación de la Corte Suprema de Justicia, sala civil, septiembre 7 del 2.001, expediente 6171, magistrado ponente Dr. Silvio Fernando Trejos Bueno y la Sentencia de Casación de agosto 17 del 2.001, caso en el cual se indemnizo el perjuicio moral causado a una madre por la muerte de su hija, menor con tan solo 8 años de edad, por la suma de $ 15.000.000, en los siguientes términos:

"5. En punto de los perjuicios morales de orden subjetivo, es dable reconocerlos dado que se halla demostrado que Liliana, fallecida con ocasión del accidente a la edad de ocho años, era hija de la demandante, según se halla demostrado en el proceso; por lo tanto, resulta dable presumir que dada la edad temprana de la fallecida realmente existía una relación afectiva y sentimental intensa de la cual se deduce que esa muerte le causó aflicción a la madre, además ésta se hallaba junto a su hija cuando ocurrió el suceso trágico y le correspondió sufrir igualmente ante el padecimiento de ésta antes de su deceso. Por consiguiente, se impone reconocer la existencia del perjuicio moral; de allí que siguiendo el método del arbitrio judicial para fijar el monto de la indemnización por ese concepto, estima la Corte que debe señalarse la suma de $15.000.000, cuyo pago se le impondrá a la sociedad demandada; monto que no sobrepasa el límite señalado en la demanda."

Cualquiera que sea el monto de una eventual condena en perjuicios morales a favor de la parte actora, este debe respetar los límites indicados reiteradamente por la jurisprudencia, de tal suerte que en ningún caso podría accederse a la suma solicitada por la parte actora.

Por otra parte, tratándose del perjuicio de orden material, daño emergente y lucro cesante, es preciso tomar como punto que estos son tangibles y por ende son susceptibles de ser valorados pecuniariamente, luego, para la prosperidad de su reparación, de conformidad con el mencionado artículo 167 C.G.P. demostrar la extensión de los mismos.

De tal suerte que no a otra conclusión se puede llegar que la ausencia de sustento probatorio idóneo en cuanto a la demostración de los perjuicios materiales se refiere, de tal suerte que será este un rubro destinado al despacho desfavorable por parte de su Señoría.

A este respecto es preciso aclarar que daño y perjuicio aun cuando son conceptos conexos, no son idénticos.

En este sentido, el profesor Benoit afirma *"...el daño es un hecho; es toda afrenta a la integridad de una cosa, de una persona, de una actividad, o de una situación (...) el perjuicio lo constituye el conjunto de elementos que aparecen como las diversas consecuencias que se derivan del daño para la víctima del mismo, mientras el daño es un hecho que se constata, el perjuicio es, al contrario, una noción subjetiva apreciada en relación con una persona determinada"*[21]

Sobre el mismo asunto la Corte Suprema de Justicia, en determinado momento se pronunció de indicando que *"el daño, considerado en si mismo, es la lesión, la herida, la enfermedad, el dolor; la molestia, el detrimento ocasionado a una persona en su cuerpo, en su espíritu o en su patrimonio"* mientras que *"el perjuicio es el menoscabo patrimonial que resulta a consecuencia del daño; y la indemnización es el resarcimiento, la reparación, la satisfacción o pago del perjuicios que el daño ocasiono"*[22].

Una y otra cita, en especial la última, nos llevan a concluir que para el caso que nos ocupa, la imputación de la muerte que enrostra la parte actora, consideradas en si mismas, no constituyen daño indemnizable.

Es de resaltar, que, si no existe daño con carácter de indemnizable, mucho menos perjuicio, y si no hubo un comportamiento culposo, pues no hay impericia, ni negligencia, ni descuido, en el actuar del medico, ni hay responsabilidad como se demostrara dentro del proceso, mucho menos puede haber lugar a la indemnización.

Así lo ha señalado la ley, la jurisprudencia y la doctrina. En el libro El Daño de Juan Carlos Henao, editado por el Departamento de Publicaciones de la Universidad Externado de Colombia en julio de 1998, donde señala: "*El daño es la razón de ser de la responsabilidad y por ello, es básica la reflexión de que su determinación en si, precisando sus distintos aspectos y su cuantía, ha de ocupar el primer lugar en términos lógicos y cronológicos, en la labor de la partes y el juez en el proceso. Si no hubo daño o no se puede determinar o no se le pudo evaluar hasta allí habrá de*

---

[21] Francis-Paul Benoit. "Essai sur les conditions de la responsabilite en droit public et prive (problems de causalite et d'imputabilite)",JCP, 1957, I, P. 1351

[22] Corte Suprema de justicia. Col. S.N.G., 13 de noviembre de 1943, M.P. Dr. Cardozo Gaitan.

llegarse; todo esfuerzo adicional, relativo a la autoría y a la calificación moral de la conducta del autor resultara necio e inútil…. El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente toma inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple. Si una persona no ha sido dañada no tiene por qué ser favorecida con una condena no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad ultima de la responsabilidad civil….EL DAÑO ES REQUISITO NECESARIO MAS NO SUFICIENTE PARA QUE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD. Regla primordial del derecho de responsabilidad es aquella que enuncia que "sin perjuicio no hay responsabilidad…. En efecto, la existencia del perjuicio es de tal trascendencia que su ausencia implica la imposibilidad de pretender la declaratoria de responsabilidad…. Sin embargo, en ocasiones a pesar de existir daño no procede declara la responsabilidad. Esto por cuanto el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad. En efecto, en algunos eventos no se declara la responsabilidad, a pesar de haber existido daño. Es lo que ocurre en dos hipótesis: el daño existe pero no se puede atribuir al demandado, como cuando aparece demostrada una de las causales exonerativas; o el daño existe y es imputable, pero el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es un daño antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre. Por eso valga repetirlo, se considera que el daño es un elemento indispensable para la existencia de la responsabilidad, pero cuya sola presencia no convierte, de suyo, a quien lo sufre en acreedor de una indemnización…. EL DAÑO DEBE SER PROBADO POR QUIEN LO SUFRE. El daño debe ser probado por quien lo sufre, so pena de que proceda su indemnización."

El daño o perjuicio, junto con la acción u omisión negligente o imprudente, es uno de los presupuestos de la responsabilidad, siendo el daño el elemento imprescindible, para que se ponga en marcha el mecanismo de la responsabilidad civil y la reparación tanto en la vía contractual como extracontractual.

Igualmente, el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO, explica: "…. *Para que una persona sea responsable civilmente se requiere que con su comportamiento haya dañado un bien de un tercero que estaba protegido por el orden jurídico civil. Mientras no haya daño, no cabe hablar de responsabilidad civil*."

No es de recibo, condenar a ningún tipo de indemnización, por lo antes expuesto, pues no existe responsabilidad, ni ningún tipo de daño o perjuicio indemnizable.

Sentencia 12555 de agosto 10 de 2001, CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, señala: La Sala ha dicho, en reiterada jurisprudencia, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto (2), es decir que no trate de meras posibilidades, o de una simple especulación:

"Ha sido criterio de la corporación(3), que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo.

Respecto al daño moral y pérdida de oportunidad o chance de sobrevivir o sanar, tampoco es recibo, no solo por lo antes señalado, sino por que el paciente como se dijo esta sano y ha sobrevivido en óptimas condiciones, no se probó ningún tipo de daño antijurídico por cuanto se restableció la salud, ni es cierto. "

- ✓ **EXCESIVA TASACIÓN DE LOS DAÑOS MORALES RECLAMADOS EN LA DEMANDA, Y SOBRE TODO LA AUSENCIA DE PRUEBAS DE LOS MISMOS POR CADA UNO DE LOS DEMANDANTES EN LA MEDIDA QUE EL SOLO VINCULO FAMILIAR NO DAR LUGAR A LA MATERIALIZACIÓN DE DAÑO MORALES POR QUIEN LOS RECLAMA, ESTE DAÑO REQUIERE SER CIERTO PARA QUE SURJA SU INDEMNIZACIÓN.**

- ✓ **INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE EL DR. BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO Y LOS CODEMANDADOS.**

En la sentencia de la Corte Suprema de Justicia SC13925-2016 Radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01 (Aprobado en sesión de veinticuatro de agosto de dos mil dieciséis) esta entidad de se pronunció respecto de la solidaridad en estos términos:

> **"(…) De ese modo el juicio de reproche puede recaer sobre la organización; sobre uno o algunos de sus elementos humanos; sobre la organización y uno o alguno de sus elementos, en forma solidaria cuando se cumplen los presupuestos del artículo 2344 del Código Civil; o no recaer sobre ninguno de ellos, según las circunstancias del caso. Todos ellos, tanto el sistema en conjunto como cada uno de sus miembros, tienen las mismas posibilidades de exonerarse de responsabilidad mediante la prueba del caso fortuito, el hecho de un tercero, la culpa exclusiva de la víctima, o la debida diligencia y cuidado (…)"**

En el caso que nos ocupa, al no configurarse una relación de causalidad entre la actuación profesional Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** , precisamente porque el fallecimiento la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR**, no tiene relación de causalidad directa con la actuación médica del médico que apodero

Es claro que no existe responsabilidad solidaria entre el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** y las codemandada CLÍNICA OSPEDALES y SANITAS EPS

En la misma sentencia la Corte Suprema de Justicia, ya transcrita, se establece:

> (…) El agente médico singular se exonerará del juicio de imputación del hecho como suyo siempre que se demuestre en el proceso que no tenía un deber de cuidado en la atención que brindó al paciente, lo que ocurre, por ejemplo, cuando su intervención no fue jurídicamente relevante o estuvo amparada en una causal de justificación de su conducta; cuando el daño se debió al quebrantamiento de una obligación de acción de la EPS o de la IPS y no a la desatención del deber personal de actuar; o cuando no intervino de ninguna manera ni tenía el deber jurídico de hacerlo.

Así, por ejemplo, si se demuestra en el proceso que el evento adverso se produjo por falencias organizacionales; errores de coordinación administrativa; políticas empresariales que limitan al médico en la utilización del tiempo que requiere para brindar una atención de calidad al usuario; o restringen su autonomía para prescribir los procedimientos, medicamentos o tratamientos que se requieren para la recuperación de la salud del usuario, tales como exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas o ecografías, tomografías axiales computarizadas, etc., o cualquier otra razón atribuible a las empresas promotoras o a las instituciones prestadoras del servicio de salud, entonces los agentes médicos quedarán exonerados de responsabilidad porque el daño ocasionado al cliente del sistema de salud no podrá considerarse como obra suya sino de la estructura organizacional (…)"

Se tiene entonces, que al no serle atribuible al Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, el fallecimiento de la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR**, por sustracción de materia no le es atribuible una responsabilidad solidaria en la reparación o indemnización de perjuicios reclamados en la demanda.

- ✓ **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 tendré oportunidad de referirme en los Alegatos de Conclusión.

PRUEBAS

PRONUNCIAMIENTO DE LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS A LA DEMANDA

Debe el juez darle el valor probatorio respectivo, conforme las reglas de la santa crítica y el derecho de contradicción que desarrolle en el debate procesal.

SOLICITUD DE PRUEBAS

En el ejercicio del derecho de defensa, solicito se decreten las siguientes pruebas:

- ✓ **INTERROGATORIO DE PARTE.**

Solicito por favor se decrete el interrogatorio de parte de todo y cada uno de los demandados, para que en audiencia declaren y confiesen sobre los hechos constitutivos de las excepciones de mérito que se esgrimen como medio de defensa, por tanto, su señoría solicito, se cite a los demandantes para que en audiencia sean escuchados en interrogatorio de parte.

- ✓ **TESTIMONIALES.**

Dado que la **CLÍNICA OSPEDALE**, al contestar la demanda, relacionó una serie de testigos, como están descritos en dicho escrito, solicito que dichos testimonios sea decretados de forma conjunta, para efectos procesales, si la CLÍNICA OSPEDALE desiste de los mismos es derecho de esta defensa continuar con los mismo, al solicitarse que la prueba se decrete de forma conjunta.

- ✓ **DECLARACIÓN DE PARTE.**

Esta nueva prueba hace referencia a la declaración que hace una de las partes ante el Juez, es una especie de testimonio de una de las partes en el proceso, es un escenario en el que las partes pueden ofrecer su testimonio y, como consecuencia de ello, ser interrogadas tanto por la contraparte, como por su propio apoderado, sin límite alguno en cuanto al número de preguntas. Esta prueba está regulada por el articulo 165 y 191 del Código General del Proceso.

En este orden de ideas solicito de decrete la declaración de parte del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

- ✓ **PERITAJE DE PARTE. SE ANUNCIA LA APORTACIÓN DE DICTÁMENES DE PARTE CONFORME LO PERMITE EL ARTÍCULO 227 DEL CGP EN ESTOS TÉRMINOS:**

> "(…) Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba (…)"

Por tanto, nos acogemos a lo consagrado en el ya citado artículo respecto de la prueba pericial, debiendo el despacho conceder el término consagrado el articulo 227 CGP, para hacer llegar el peritaje anunciado.

Los peritajes que se enuncian que se aportaran según el artículo 227 del CGP, son de la especialidad en Medicina Intensiva y Medicina Interna.

NOTIFICACIONES

El Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** en el correo electrónico b_lbg@hotmail.com

El suscrito apoderado en el correo electrónico andresdewdney@hotmail.com y en el Tel 3166933431

SOLICITUD

-Se absuelva al Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** de cada una de las pretensiones de la demanda, por no existir responsabilidad individual ni solidaria alguna en los hechos objeto de esta.

-Subsidiariamente, y en el caso hipotético que se llegue a condenar de forma solidaria a los demandados, solicito que en la sentencia, se gradué o proporcione la condena indemnizatoria en razón al grado de culpabilidad o participación causal que se llegare a probar en el proceso, respecto de la actuación médica del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** y el fallecimiento de la paciente.

Atentamente.

ANDRES EDUARDO DEWDNEY MONTERO
C.C. Nro. 72.203.823 de Barranquilla
T.P. Nro. 93.691 del C.S., de la judicatura

Responder Eliminar No deseado Bloquear ...

Re: OTORGAMIENTO PODER PARA EL JUEZ (A) SEGUNDO (A) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES

Brahyan López
Para: Usted

Lun 25/07/2022 12:25

Yo BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO C.C Nro 1.054.994.636, otorgo al Dr. ANDRES DEWDNEY MONTERO C.C. Nro. 72.203.823 y T.P Nro. 93.691 del CS del J le otorgo poder para representarme en el proceso que cursa el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales Radicado Nro.17001310300220220008100

De: andres dewdney <andresdewdney@hotmail.com>
Enviado: Monday, July 25, 2022 6:06:22 PM
Para: Brahyan López <b_lbg@hotmail.com>
Asunto: OTORGAMIENTO PODER PARA EL JUEZ (A) SEGUNDO (A) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES

Doctor
BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO, mayor de edad, identificado con la C.C. Nro. 1.054.994.636, en mi calidad de abogado, en cumplimiento de la Ley 2312 de 2022, me permito enviarle el texto del poder que usted desea otorgarme para la defensa en el proceso que cursa el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales

Si usted está de acuerdo en otorgarme poder por favor responder, este correo electronico manifestando, le otorgo pode al Dr. ANDRES DEWDNEY MONTERO C.C. Nro. 72.203.823 y T.P Nro. 93.691 del CS del J le otorgo poder para representarme en el proceso que cursa el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales Radicado Nro.**17001310300220220008100**

Señor (a)
JUEZ (A) SEGUNDO (A) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
E.SD.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DECLARATIVO DE GERMAN DARÍO CIFUENTES SALAZAR Y OTROS CONTRA BRAHYAN STEVEN - LÓPEZ LARGO, E.P.S. SANITAS S.A. Y CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A.

RADICADO Nro. 17001310300220220008100

BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO, mayor de edad, identificado con la C.C. Nro. 1.054.994.636, me permito otorgar poder amplio y suficiente al Dr. **ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO**, identificado con la C.C. Nro. 72.203.823 de Barranquilla y la T.P. Nro. 93.691 del C.S. de la J., para en su calidad de abogado me apodere y represente en el proceso en todo el proceso de la referencia a fin que ejerza mi derecho de defensa.

Mi apoderado queda facultado para presentar dar respuesta a la demanda, presentar recursos, llamar en garantia, denunciar el pleito, solicitar la práctica de pruebas, solicitar nulidades, conciliar, transigir, desistir, sustituir el presente poder, reasumirlo, en general realizar todas las actuaciones necesarias para ejercer mi defensa.

Otorgo.

BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO
C.C. Nro. 1.054.994.636.
b_lbg@hotmail.com

Acepto.

ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO.
C.C. Nro. 72.203.823 de Barranquilla
T.P. Nro. 93.691 del C.S. de la J.

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Lunes 01 de Agosto del 2022
HORA: 10:54:07 am

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo suscrito a nombre de; ANDRES EDUARDO DEWDNEY MONTERO, con el radicado; 202200018, correo electrónico registrado; andresdewdney@hotmail.com, dirigido 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

Archivo Cargado
RESPUESTADEMANDAYPODER.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20220801105413-RJC-21461

Señor (a)
JUEZ (A) SEGUNDO (A) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
E.SD.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DECLARATIVO DE GERMAN DARÍO CIFUENTES SALAZAR Y OTROS CONTRA BRAHYAN STEVEN - LÓPEZ LARGO, E.P.S. SANITAS S.A. Y CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A.

RADICADO Nro. 17001310300220220008100.

CONTESTACIÓN DEMANDA CODEMANDADO BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO

ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO, identificado con la C.C. Nro. 72.203.823 de Barranquilla y la T.P. Nro. 93.691 del C.S. de la judicatura, em mi calidad apoderado del codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, mayor de edad, identificado con la C.C. Nro. 1.054.994.636, me permito dar respuesta a la demanda de la referencia, en estos términos:

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Nos oponemos a cada una de las pretensiones de la demanda, en la medida que no surgen los presupuestos para que el médico que apodero sea condenado de forma individual ni solidaria.

TEORÍA DEL CASO COMO MEDO DE DEFENSA

Se debe precisar que el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** no fue médico tratante respecto de la cirugía de ANTIREFLUJO + RECONSTRUCCION DEL ESFINTER POR VÍA LAPAROSCOPICA (FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN), realizada a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR,** el día 14 de septiembre de 2022, y tampoco hizo parte del grupo de médicos que atendieron a la paciente en el postoperatorio inmediato (14 y 15 de septiembre de 2021) por tanto, los cuestionamientos relacionados con el postoperatorio inmediato, no le son imputables al no ser médico tratante respecto de los mismos.

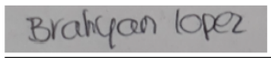
El Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, solo valoró a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** dos (2) día después de la cirugía, concretamente el 15 de septiembre de 2021, a las 21: 40 p.m., y a las 23: 23 p.m.

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 78 **FECHA** 15/09/2021 21:40:37 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 UNIDAD	HIDROMORFONA CLORHIDRATO SOLUCION INYECTAB	INTRAVENOSA	Dosis Unica	NUEVO
diluir en 10 cc y administrar 3 cc iv					
3,00	1,00 AMPOLLAS	TRAMADOL CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 50	INTRAVENOSA	8 Horas	SUSPENDI
en caso de dolor itnenos					



BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO
Reg. 1054994636
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 81 **FECHA** 15/09/2021 23:26:12 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL, EN DIA 2 POP DE CIRUGIA ANTIREFLUJO (FUNDUPLICATURA NISSEN), RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA POR SATURACION EN 40%, ENCUENTRO PACIENTE TAQUIPNEICA, CON RESPIRACION SUPERFIC Y JADEO, PALIDA, SUDOROSA, NORMOTENSA, TAQUICARDICA, A LA AUSCULTACION SIN SOPLOS, SIN AGREGADOS PULMONARES PERO CON HIPOVENTILACION BASAL IZQUIERDA, SE TOMA EKG CON TAQUICARDIA SINUSAL, NO SIGNOS DE ISQUEMIA, NO ARRITMIAS, FC 160, FR 30, TA 130/80, GLUCOMETRIA 116. SE ADMINISTRA BOLO DE LEV, SE INICIA OXIGENO SUPLEMENTARIO POR MASCARA DE NO REINHALACION, SE ALCANZAN METAS DE SATURACION POR ENCIMA DE 90% CON MEJORIA DEL PATRON RESPIRATORIO, POR CUADRO CLINI SE SOSPECHA TEP, POR ESTADO POP NO SE SOLICITA DIMERO D, ESPERO CONCEPTO DE MEDICINA INTERNA PARA PERTINENCIA DE TOMA I ANGIOTAC, INICIA ANTICOAGULACION PLENA.
PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS, POBRE PRONOSTICO A LARGO PLAZO, CONSIDERO NO CANDIDATA A REALIZAR MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA.

Evolución realizada por: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO-Fecha: 15/09/21 23:26:15

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

La paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** presentó un cuadro súbito de baja de saturación, el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** logró que saturación llegara al 90%, ordenando exámenes complementarios e iniciando anticoagulación plena, detallando en la HC, el pobre pronostico a largo plazo, dejando consignado que la paciente no era candidata para maniobras de reanimación avanzada (intubación e ingreso a UCI)

Nótese que entre las 21: 40 p.m., y a las 23: 23 p.m., del 15 de septiembre de 2021, la pacientes estaba establece, el cuadro clínico que presentó a las 23: 26 p.m., fue súbito e imprevisto para el medico Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**

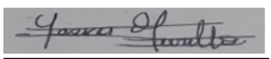
SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 79 **FECHA** 15/09/2021 22:10:22 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE CAMBIA ACCESO VENOSO, CON PREVIA EXPLICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SE REALIZA LAVADO DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. SE VERIFICA SITIO DE INSERCIÓN Y SE PROCEDE HACER DESINFECCIÓN DE SITIO CON ALCOHOL AL 70%, SE PUNCIONA VENA CON CATÉTER NUMERO 22 ANTEBRAZO DE MANO IZQUIERDA UNICA PUNCION , SE VERIFICA PERMEABILIDAD,SE FIJA CON APÓSITO TEGADERM PREVIAMENTE ROTULADO CON: NUMERO DE CATÉTER, FECHA DE INICIO, FECHA DE VENCIMIENTO, HORA, SE ORGANIZA EQUIPO Y SE ELIMINAN RESIDUOS SE CAMBIA ACCESO VENOSO POR FILTRACION

Nota realizada por: YESICA YULIETH MURILLO GRAJALES Fecha: 15/09/21 22:10:50



YESICA YULIETH MURILLO GRAJALES
Reg. 490219
AUXILIAR DE ENFERMERIA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 86 **FECHA** 16/09/2021 05:01:58 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

Salida Clínica: 16/09/2021 05:06:54

EVOLUCIÓN MÉDICO

HACIA LAS 03+30 RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA.
SE ENCUENTRA PACIENTE EN PARO CARDIORESPIRATORIO, SIN PULSOS CENTRALES.
SE REALIZA MASAJE CARDIACO COMO PROTOCOLO DE REANIMACION BASICA.
PASADOS 15 MINUTOS SE ENCUENTRA AUN SIN PULSOS CENTRALES, SIN SIGNOS VITALES, PUPILAS MIDRIATICAS, SIN REFLEJOS DE TALLO.
PACIENTE QUE POR COMORBILIDADES NO ES CANDIDATA A MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA COMO INTUBACION OROTRAQUEAL.
SE DICTAMINA HORA DE MUERTE A LAS 03+45
7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** 30403693

G.etareo: 9

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa:	SANITAS PGP 1		**Afiliado:**	BENEFIC NIVEL 1	
Fecha Nacimiento:	18/08/1984 **Edad actual :** 37 AÑOS		**Sexo:** Femenino	**Grupo Sanguíneo:**	**Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono:	8709776		**Dirección:**	CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR	
Barrio:	SIN IDENTIFICAR		**Departamento:**	CALDAS	
Municipio:	MANIZALES		**Ocupacion:**	NO APLICA	
Etnia:	Ninguna de las anteriores		**Grupo Etnico:**		
Nivel Educativo:	NINGUNO		**Atención Especial:**	OTROS	
Discapacidad:	Multideficit		**Grupo Poblacional:**	NO DEFINIDO	

Evolución realizada por: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO-Fecha: 16/09/21 05:02:02

Brahyan lopez

BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO
Reg. 1054994636
MEDICINA GENERAL

Se describe entonces que la paciente entra en paro cardiorrespiratorio por las comorbilidades no era candidata a maniobras de reanimación avanzada como entubación orotraqueal la muerte se dictamina a las **3: 35 a.m., del 16 de septiembre de 2021**

Las condiciones de salud de la paciente (desde su naciemiento) previo a su ingreso a la clincia **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES**, se traducen en comorbilidades; las cuales eran indicativas que la paciente, no fuera candidata a maniobras de reanimacion avanzada, por lo qe se le continuó dando manejo de soporte necesario como está documentado en la historia clínica.

Es de precisar que el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** no incurrio en ninguna omision al decidir no iniciar SVA (Soporte Ventilatorio Avanzado) al aplicar el triage conforme los criterios de ingreso a UCI.

El Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** adoptó tales criterios con juicio clinico valido, en consideracion ya que **estos criterios están definidos en función de la probabilidad de recuperación del paciente en el corto plazo sin que requiera SVA una vez superado el episodio agudo.**

Hubo consentimiento tácito del familiar acompañante de no maniobras de reanimación avanzada como entubación orotraqueal como se explica y sustenta en la presente contestación de demanda.

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

- ✓ **A LOS HECHOS RELACIONADOS CON LAS PARTES.**

AL HECHO 1.1. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.2. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.3. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.4. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.5. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.6. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

AL HECHO 1.7. Al médico que apodero, no le consta con que se narra en este hecho de la demanda, deberá acreditarse con las pruebas pertinentes, lo anterior por ser una circunstancia ajena a mi poderdante.

- ✓ **HECHOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA SEÑORA MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR POR PARTE DE LA CLÍNICA OSPEDALE.**

AL HECHO 2.1. Dado lo documentado en la historia clínica aportada a la demanda. **Es cierto, pero** es necesario precisar que la parálisis cerebral espástica es el tipo más común de parálisis cerebral, que incluye rigidez muscular y reflejos exagerados y también relacionado con discapacidad intelectual, convulsiones, problemas de la visión, oído y el habla. Siendo este su diagnostico principal, es de señalar que las personas con parálisis cerebral congénita tienen una esperanza de vida inferior a la de la población general, y raramente sobreviven más allá de los 30 o 40 años de edad.[1]

AL HECHO 2.2. Dado lo documentado en la historia clínica aportada a la demanda **Es cierto**, de acuerdo con registro de historia clínica.

AL HECHO 2.3. Dado lo documentado en la historia clínica aportada a la demanda Es cierto, de acuerdo con registro de historia clínica.

AL HECHO 2.4. Dado lo documentado en la historia clínica aportada a la demanda. **No es cierto**. Consta dentro del registro de historia clínica, consentimientos suscritos por la familiar y demandante en este caso **ALBA DANERY SALAZAR BUITRAGO.**

AL HECHO 2.5. No es cierto, resultando especulativo, pues cada caso en medicina no es igual, y sobre todo porque lo descrito no está contextualizado en un caso en particular sino por el contrario es una descripción general que no hace referencia a una situación específica que permita darle validez científica a lo que se narra en este hecho de la demanda, por tanto, lo narrados es meramente especulativo.

[1] PARÁLISIS CEREBRAL Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO https://aspace.org › assets › uploads › publicaciones

AL HECHO 2.6. El médico que apodero no tuvo injerencia en lo que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES** presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica. Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda.

Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora en la medida que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora con fundamento en la literatura científica.

AL HECHO 2.7. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica.

Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda.

En todo caso lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora en la medida que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora con fundamento en la literatura científica.

AL HECHO 2.8. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES** presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica. Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda.

En todo caso lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

Se aclara, que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora, en la medida, que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, lo narrado deber ser probado por la parte actora con fundamento en la literatura científica.

AL HECHO 2.9. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, **por no haber sido parte del equipo médico** que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES** presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica.

Debe el juez de la causa, por favor, revisar la historia clínica de la paciente para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en este hecho demanda.

En todo caso, lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora, en la medida, que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora con fundamento en la literatura científica.

AL HECHO 2.10. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES** presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica. Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda.

En todo caso lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

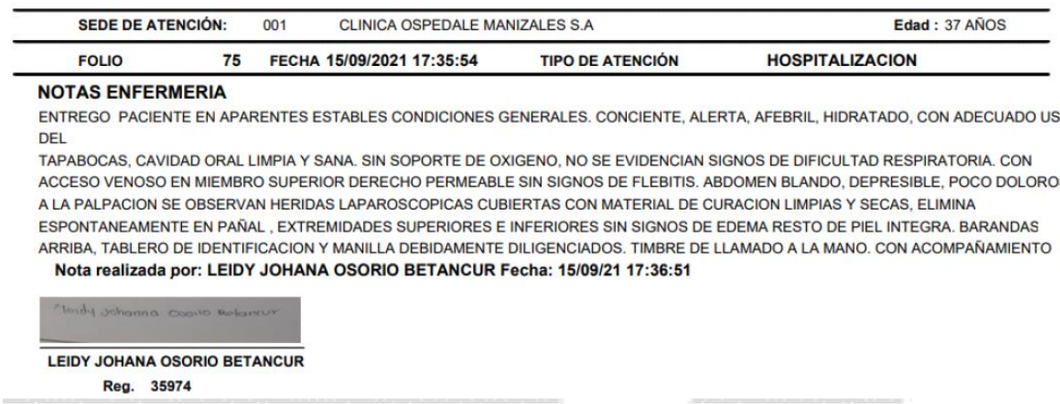
Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora, en la medida, que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora para que el hecho tenga relevancia en la demanda.

AL HECHO 2.11. El médico que apodero no tuvo injerencia en los que se narra en este hecho de la demanda, por no haber sido parte del equipo médico que atendió a la paciente antes, durante y en postoperatorio inmediato; por tanto, no puede aceptar o negar lo que se narra, debe la codemandada presentar la respuesta respectiva conforme la historia clínica. Debe el juez de la causa revisar la historia clínica para constatar que el codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, no fue médico tratante en el acto médico que se narra en la demanda

En todo caso lo narrado no es imputable al codemandado **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

Se aclara que lo que se narra, es una afirmación subjetiva de la parta actora, en la medida, que se especula respecto de los actos médicos que hicieron parte de la atención en salud, en todo caso, deber ser probado por la parte actora con fundamento en la historia clínica.

AL HECHO 2.12. No es cierto. Sea lo primero señalar que para el dia 15 de septiembre de 2021 el mundo se hallaba bajo los efectos de la pandemia por Covid 19, y la ciudad de manizales no era la excepcion, por lo cual la ocupacion hospitalaria (servicio de urgencias, hospitalizacion y UCI) era muy alta en todas las instituciones de salud. Y en esta institucion en particular el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ** que cubria el turno del 15 de septiembre de las 7 pm al 16 de septiembre a las 7 am. Debiendo atender el servicio de hospitalizacion que comprende 3 pisos con 36 pacientes cada uno, siendo el, el unico medico que le correspondia atender dicho servicio en dicho turno. Del examen de la historia clinica en el turno de la tarde del 15 de septiembre, registra en la historia nota de enfermeria a las 17:35 donde se evidencia que para ese momento no referia signos de dificultad respiratoria.



SEDE DE ATENCIÓN: 001 CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A **Edad :** 37 AÑOS

FOLIO 75 **FECHA** 15/09/2021 17:35:54 **TIPO DE ATENCIÓN** HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CON ADECUADO USO DEL
TAPABOCAS, CAVIDAD ORAL LIMPIA Y SANA. SIN SOPORTE DE OXIGENO, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, POCO DOLOROSO A LA PALPACION SE OBSERVAN HERIDAS LAPAROSCOPICAS CUBIERTAS CON MATERIAL DE CURACION LIMPIAS Y SECAS, ELIMINA ESPONTANEAMENTE EN PAÑAL , EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN SIGNOS DE EDEMA RESTO DE PIEL INTEGRA. BARANDAS ARRIBA, TABLERO DE IDENTIFICACION Y MANILLA DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS. TIMBRE DE LLAMADO A LA MANO. CON ACOMPAÑAMIENTO

Nota realizada por: LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR Fecha: 15/09/21 17:36:51

LEIDY JOHANA OSORIO BETANCUR
Reg. 35974

En todo caso sobre lo acontecido a la paciente en la jornada del dia, nos atenemos a lo registrado en historia clinica.

De acuerdo con el registro de historia clinica el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** a eso de las 23:26 p.m., le recibe llamado de enfermeria por **disminucion subita** de la saturacion que bajo hasta el 40%, y que con la administracion de oxigeno con mascara de no reinhalacion recupero la saturacion por encima de 90% con mejoria del patron respiratorio, por cuadro clinico se sospecha TEP (Tromboembolismo Pulmonar) solicitó valoracion por Medicina Interna para pertinencia de toma de Angiotac a efecto de confirmar la sospecha de TEP, e inicia anticoagulacion con Enoxaparina (anticoagulante) conducta medica que fue acompañada de EKG (electrocardiograma), le administro liquidos endovenosos, ordeno radiografia de torax, tendiente todo ello a estabilizar la paciente.

AL HECHO 2.13. El hecho no se suscitó como lo narra la parte actora, por tanto, se explica con la presente contestacion como acontenció la atención médica por parte del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, de acuerdo con el registro de historia clinica no consta en ninguna de las notas que la paciente haya presentado algun episodio convulsivo, por tatonto lo afirmado en tal sentido es falso.

De lo anotado en este hecho de la demanda, con relacion a la nota de historia clinica que se transcribe en este hecho de la demanda, se puede advertir que a la paciente se le brindo la atencion medica adecuada y pertinente para la condicion clinica que presentó en ese momento; logrando estabilizarse de su sistema respiratorio recuperando la saturacion en rangos adecuados (mas del 90%).

Es claro, que la atención en salud dispensada por el medico Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, fue correcta para la situación que presentó la paciente.

AL HECHO. 2.14. No es cierto como lo expone la apoderada de la parte actora; lo narrado no corresponde a los realmente acontecido, se torna especulativo y carante de veracidad, pues lo afirmado no está soportado en historia clinica.

Es de precisar que ante la sospecha de TEP, la conducta medica es iniciar anticoagulacion, sin estar condicionado a la confirmacion imagenologica (angiotac) luego lo prioritario en ese momento fue la conducta medica adoptada de anticoagular, sin tener aun la confirmacion por imagen, indica que en este caso se actuó de manera oportuna y adecuada. Y no se espero la confirmacion cuya contemporizacion implicaria un mayor riesgo vital, el actuar del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** estuvo conforme a lo que indica la Lex Artis, en la situación particular de la paciente, precisamente cada caso debe analizarse de forma concreta

La muerte de la pacinete, no está relacionada causalmente con el actuar medico del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**

AL HECHO 2.15. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contraría a la realidad de lo acontencido.

En este caso nos encontramos frente a un criterio médico avaldado por la Ley 23 1991, criterio respaldado conforme el estado de salud de la paciente conforme lo consigando en la historia clínica, se observa que la nota completa de la historia clinica diligenciada por del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, advierte y da cuenta, como justificacion clinica, que la paciente tenía antecedentes patologicos graves, importantes e incapacitantes registrados en su historia clinica de toda su vida, que la hacian tener un pobre pronostico de vida, no debe olvidarse lo súbito del cuadro clinico, dificultó el pronostico de recuperación, este cuadro súbito fue precisamente al que se enfrentó el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**

Las condiciones de salud (desde su naciemiento) de la paciente previo a su ingreso a la clincia **CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES**, se traducen en comoribilidades; las cuales eran indicativas que la paciente, no fuera candidata a maniobras de reanimacion avanzada, por lo qe se le continuó dando manejo de soporte necesario como está documentado en la historia clínica.

Es de precisar que el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** no incurrio en ninguna omision al decidir no iniciar SVA (Soporte Ventilatorio Avanzado) al aplicar el triage conforme los criterios de ingreso a UCI.

El Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO,** adoptó tales criterios con juicio clinico valido, en consideracion ya que **estos criterios están definidos en función de la probabilidad de recuperación del paciente en el corto plazo sin que requiera SVA una vez superado el episodio agudo.**

AL HECHO 2.16. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contrario a la realidad de lo acontencido; la parte actora presenta una situación descontextualizada de lo que fue el acto médico del Dr**. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, siendo deber procesal de los demandantes probar lo que se afirma.

Tal como fue contestado en hecho anterior, el cambio del estado de salud súbito que presentó la paciente, en cuanto a la depresion respiratoria a eso de las 23:26 p.m., con el manejo medico recibido, la paciente recuperó su saturacion y se estabilizó, todo conforme lo que presupuestó el médico **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO** al ordernar la medicacion que le fue suministrada concomitante con su valoración.

Cuatro horas despues de la valoración del Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, la paciente presenta paro cardiorespiratorio y se le brindan maniobras medicas oportunas por parte del Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ**, las cuales no responde la paciente y fallece.

AL HECHO 2.17. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contrario a la realidad de lo acontencido; la parte actora presenta una situación descontextualizada de lo que fue el acto médico del Dr**. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, siendo deber procesal de los demandantes probar lo que se afirma.

Al respecto se precisa, que la paciente estuvo acompañada por una familiar, pues en el hehco 2.13 de la demanda se afirma:

> *"Durante la noche del 15 de septiembre de 2021 siendo las 23:26, su condición empezó a empeorar; presentó una mayor dificultad para respirar con una saturación de 40%, a lo que se aunaron episodios de convulsiones, sus familiares indican que los médicos de manera inmediata al ver que si era real el estado tan grave en el que se encontraba la paciente ingresaron a brindarle ayuda y darle reanimación básica, le aplicaron algunos fármacos y* ***llamaron a los demás familiares para estuvieran pendientes de su evolución, así se registró en la historia clínica:***

Lo anterior nos indica, que sí hubo un familiar con la paciente, ahora lo que se debe tener claridad entonces, es si hubo o no consentimiento de este para hacer o no las maniobra de reanimación descrita en este hecho de la demanda

De la propia demanda se desprende, como se afirma en el hecho 2.13 al hacer alusion al evento de la desaturacion subita (40%), que habia al menos un familiar presente a eso de las 23:26 p.m. del 15 de septiembre y que luego de estabilizarse la paciente, la familiar presente, fue informada de la condicion critica de la paciente, y considerando con criterio medico los antecedentes patologicos, y el pobre pronostico de la paciente aunado al marco pandemico, se le expuso y justifico con validez cientifica la definicion del dilema ético presente.

Se tiene que en ninguna parte de la historia clínica ni en la misma gravación de voz (prueba aportada en la demanda) la familiar presente que ademas fue la que grabó al Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** hubiere manifestó su negativa que a la paciente no se le hicieran maniobras de reanimación y/o medidas invasivas en UCI o por decirlo en otros terminos. la familiar no solicitó de manera clara y precisa que se le hicieran maniobras reanimación y/o medidas invasivas en UCI a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR.**

Ante lo explicado por el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** la familiar presente, no se opuso a la explicación de médico, esa no oposición, materializa un consentimiento informado tacito que avaló lo que el médico explicó con claridad

En ese sentido precisamente el Consejo de Estado avanzó en el tema del consentimiento informado, admitiendo que este se puede incluso presumir, al punto de hablar de consentimiento tácito, sobre este punto se sustentara ampliamente en el item de excepciones.

AL HECHO 2.18. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contrario a la realidad de lo acontencido; la parte actora presenta una situación descontextualizada de lo que fue el acto médico del Dr**. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, siendo deber procesal de los demandantes probar lo que se afirma.

La paciente no fue sometida a un sufrimiento innecesario por parte del equipo de salud del que hizo parte el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** puesto que el evento súbito que presentó la paciente fue atendido de manera inmediata y en forma pertinente.

Se advierte nuevamente que la paciente de acuerdo con el registo de historia clinica solo presentó un evento súbito de dificultad respiratoria (hora 23:26 p.m.) **no siendo cierto que haya padecido dificultad respiratoria todo el dia**.

No es cierto afirmar que el material de video se registró en el el momento de la reanimacion y la muerte de la paciente, el video no ofrece probatoriamente certeza de la hora de grabación, lo que se demuestra es precisamente la preconstitución de una prueba amañada, pues si fuera cierto que no hubo consentiminto de lo familiares para no hacer maniobras de reanimación e ingreso a UCI , porqué en el video no quedo plasmado tal situacion, porque en dicho video no se solicitó por parte del que grababa la atención medica que se queria para su familiar.

Lo que se denota, es precisamente una video de un **momento inespecifico** [2]de la atencion en salud de la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR,** grabado por la señor sñeora **GABRIELA SALAZAR** familiar presente en la habitación, que decide crear la prueba, omitiendo en dicha grabación no solicitar de manera clara y precisa que la paciente fuera reanimada e ingresada a UCI, si era su verdadera intención como se quiere hacer ver en la demanda.

Es claro que la intención del video era hacer ver que a la paciente no se le suministraron servicio, pero llama la atención que de la misma prueba tambien se evidencia que no fueron solicitados de froma clara y expresa; entonces el video tambien deja ver que el familiaque grabó a la pacinete, es decir la señora **GABRIELA SALAZAR**, pudo en dicho video manifestar que sí autorizaban servicios la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR,** pero no lo hizo, por eso la prueba preconstituida para la demanda, lo que denota es que fue grabada para posteriormente presentar demanda.

[2] **Debe se ubicado entre las 23:26 p.m., y 3: 35 a.m., del 16 de septiembre de 2021**

Es necesario precisar contrario a lo expuesto en este hecho que el esfuerzo terapeutico en el caso particular no implicaba maniobras heroicas, en consideracion al pobre pronostico de vida consecuencia de los graves antecedentes patologicos que padecia la paciente; ya que someterla a tal posibilidad si implicaba prolongar su sufrimiento innecesario y ello no significa que se le hubiera negado atencion medica cuando la requirio.

Al HECHO. 2.19. El hecho no sucedió o acontenció como se narra por los demandantes, la narración del hecho es totalmente contrario a la realidad de lo acontencido; la parte actora presenta una situación descontextualizada de lo que fue el acto médico del Dr**. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, siendo deber procesal de los demandantes probar lo que se afirma.

Lo primero que hay que señalar es que el registro magnetofonico a que se hace referencia en este hehco de la demanda, no transcribe toda la comunicación. Pues ademas la voz masculina que identifican con el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO** sostiene un dialogo con una mujer que de acuerdo con lo que se afirma en este hecho se trata de la señora **GABRIELA SALAZAR,** identificada como tia de la paciente y demandante en este proceso.

Del registro total magnetofonico se desprende que la familiar no manifiesta ninguna oposicion a lo explicado por su interlocutor. Lo que equivale a una aceptacion y a un consentimiento tacito. Como ya se explico, y quedo registrado en historia clinica.

Lo explicado por el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** estuvo fundamentado en en la valoracion que este hizo de la pacinete y los índices de pronósticos indican que el enfermo no es recuperable, el persistir en la realización de procedimientos invasores y aplicación de muchos medicamentos, que en nada benefician al paciente, llevan a la obstinación terapéutica que más que evitar una muerte prolongan una agonía.

Al HECHO. 2.20. No es exacto, por lo que no es del todo cierto. Ya se precisó que lo acontecido con la paciente Monica Liliana Cifuentes Salazar (Q.E.P.D.) lo fue durante el marco de una pandemia mundial, lo que hizo necesario fijar ademas de los criterios para ingreso a UCI que fueron ajustados por la Academia Nacional de Medicina por criterios mucho mas estrictos en consideracion a la situacion excepcional de pandemia por Covid 19. Todos los cuales fueron considerados con apego y juicio clinico valido por parte del Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO** frente al caso particular, he informado oportunamente a la familiar presente.

Al HECHO. 2.21. No es cierto por lo ya explicado al contestar el hecho anterior (2.20) y como se ha expuesto a lo largo de esta contestacion.

AL HECHO. 2.22. No nos consta la hora exacta en que se le realizo la RX, lo cierto es que el Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO,** la ordenÓ de forma pertinente y oportuna, y su reporte no evidencio situacion que indicara conducta diferente a la adoptada hasta ese momento.

AL HECHO 2.23. No nos consta, nos atenemos al registro de historia clinica. Lo cierto es que en el turno que le correspondio atender al Dr. **BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, frente a la desaturacion subita formula sospecha diagnostica de TEP y por ello de manera congruente ordena anticoagulante. Sin embargo es de precisar que al fallecer la paciente en tan corto tiempo, no fue posible confirmar a ciencia cierta la sospecha diagnostica de manera objetiva.

AL HECHO 2.24. Cierto, el Dr. **RAYAN STEVEN LOPEZ LARGO**, es llamado por la enfermera para atender el evento súbito de paro cardiorespiratorio realiza maniobras de reanimacion a la paciente sin respuesta positiva.

EXCEPCIONES DE FONDO

- ✓ **EL ACTO MEDICO REALIZADO POR EL DR. BRAYAN STEVEN López SE CUMPLIÓ CONFORME CON LA LEX ARTIS AD HOC Y POR TANTO ACTUÓ CON DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA.**

A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito medico la conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos[3]

Como se puede observar él médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrásico de cada paciente. Por ello, los protocolos de manejo que hoy son esgrimidos como herramienta probatoria a efecto de determinar la imputación o responsabilidad, constituyen en principio solo guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de la **lex artis** se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que "*debe hacerse",* lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebidos, son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, hasta que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar. Es el caso de las Escuelas médicas, donde un grupo de especialistas soportan y difunden una determinada técnica o procedimiento que puede alternar con otra escuela, cada una de ellas útil desde un punto de vista y al hacer el análisis, ambas deben ser aceptadas como posibilidades viables. Ahora bien, el apartarse de la lex artis no debe entenderse necesariamente como infracción del deber de cuidado, pues la lex artis solo describe el contexto empírico en el que el juez debe formar el juicio de valor. Por qué en el caso específico de que se trate se puede demostrar la corrección del comportamiento médico que se aparta de las reglas reconocidas, máxime si consideramos que el deber de cuidado se mide de acuerdo con la capacidad individual y los especiales conocimientos del profesional que le puede llevar en el caso concreto a un juicio distinto del

[3] Choclan Montalvo, J. Antonio, Deber de cuidado y Delito imprudente, Bosch, 1998. pag 169.

comúnmente aceptado. Por eso, la *"experiencia decantada, no limita la medida del conocimiento y capacidad que el obligado tiene que aplicar."* (cita de Stratenwerth[4]).

Concluyese de lo anterior en términos de Martínez Calcerrada que en materia medica es válida la afirmación de que a "*cada acto, una ley*", en la idea de que cada acto médico precisa para su adecuado ajuste de corrección, es decir, para valorar tanto el elemento causal, autor y diligencia desplegada, como el efecto o fin obtenido, resultado de dicho acto en el paciente, la preexistencia de una lex que así lo juzgue o, incluso, y en razón de la peculiar gestación de este en relación con aquel, se podría hasta opinar que es el mismo acto el que genera, por una especie de mecanismo de autorregulación, su propia ley, con la que indefectiblemente, habrá de enjuiciarlo.

En ese sentido nos identificamos plenamente con los conceptos expuestos por Celia Weingarten[5] al indicar que, únicamente es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular y normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado. Solo la ciencia legitima la comprobación de un curso causal que desde el antecedente lleve al consecuente. Ello por cuanto el hecho humano medico presenta un contenido esencialmente científico que tiene sus propias reglas y principios.

Ese contenido especifico de la medicina impone que el hacer profesional del médico se integre con los métodos, técnicas y procedimientos establecidos por la ciencia médica, desarrollando una conducta acorde con la misma, sin perjuicio de la **Discrecionalidad Científica** que le permite optar entre las distintas alternativas que la medicina admite, conforme el desarrollo científico progresivo. Comporta, por tanto, una regla de valoración científica de la conducta médica (relación de causalidad científica).

De allí que el medico solo satisface (cumple jurídicamente) su prestación mediante una actividad técnica y científicamente adecuada, que normal y ordinariamente pueda conducir a cierto resultado, aunque esta no pueda garantizarse.

Este enlace entre el obrar del médico y el resultado dañoso debe verificarse entonces con arreglo a un modelo científico que valore o pondere si el daño que se le atribuye se conecta causalmente con su conducta, no en el sentido de que dicha acción materialmente haya ocasionado al resultado insatisfactorio como inicialmente venía siendo examinado, sino si lo genero conforme un criterio científico de curso causal.

---

[4] La lex artis comprende aquellas reglas basadas en la experiencia y aceptadas por la mayoría de la comunidad de expertos, deducidas del examen de casos similares. La lex artis, entendida como norma técnica, debe referirse siempre, allí donde existan, las máximas de reconocimiento general sin que pueda venir determinada por la iniciativa individual del profesional al amparo de la libertad del método. Concepto que expone J. A Choclan M, en alusión a Romeo Casabona en su texto El médico y el Derecho penal, Madrid 1985 pag .70
La lex artis como norma, de complejo encaje en el ordenamiento, se contrapone su creciente importancia como estándares de conducta que pueden erigirse en criterios de imputación de responsabilidad. Al respecto destaca Jakobs que "*tampoco es conveniente fijar legalmente un estándar en aquellos casos, como de nuevo, en el campo de la medicina, en los que se produce una evolución permanente. Por ello, la regla profesional reconocida, la lex artis, sustituye en estos ámbitos al precepto jurídico*." En La Imputación objetiva en Derecho penal. Bogota, 1995. pag 26
En tal sentido José Manuel Fernández Hierro en su obra Sistema de Responsabilidad medica, segunda edición, Editorial Comares, Granada 1998, Pág. 217. "*En definitiva la solución de la lex artis es mas aparente que real, porque al fin y al cabo, siempre habrá que determinar cuales son los cuidados atentos y conscientes, que en cada caso concreto, haya que dar al paciente con arreglo a las normas actuales de la ciencia medica; y para averiguarlas, en cada supuesto especifico, deberá producirse el reenvió del derecho a normas extrajuridicas, ya que ninguna ley positiva contempla la totalidad, luego este comportamiento deberá averiguarse con arreglo a normas profesionales y científicas medicas."*

[5] Weingarten,Celia. Relación de Causalidad y Discrecionalidad Científica Ediciones forenses Pag.82

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que, ante el acaecimiento de un daño a la integridad física, pueda ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio, y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dado el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa, o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al accionar médico35. .

Pues está visto, aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico. Como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

La medicina como ciencia que es concibe métodos científicos de acceso al conocimiento que constituyen su contenido y sobre el cual los científicos polemizan y tratan de avanzar en la búsqueda de nuevos horizontes en pos de un desarrollo que se supera. Tales contenidos constituyen caminos alternativos y avances progresivos, que hacen o producen la vejez o lo inadecuado de algunos de esos caminos. Quiere decir que mientras no sean controvertidos o cuestionados racionalmente y descalificados, seguirán teniendo vigencia conservando su legitimidad. En tal sentido el epistemólogo de la ciencia Karl Popper señala que es la comunidad quien evalúa y decide, por lo cual el derecho a la discrecionalidad se legitima desde la sociedad hacia el profesional, constituyendo así un monopolio del saber, al someter al estudio de la ciencia en particular a reglas de enseñanza universitaria y a requisitos que debe optar para alcanzar el título que acredita en principio la idoneidad.

Constituye así la discrecionalidad científica el lindero que le concede al profesional un marco conceptual, el cual el juez debe respetar y no puede desconocer sobre base de la convicción subjetiva**.** Sobre tal consideración el autor Alemán Armin Kaufmann expone: "*Si subsiste una ley causal conforme a la cual pudiera llegar a subsumirse el suceso concreto, discutible en círculos especializados determinantes, entonces el juez no está autorizado, con todo a fundamentar su decisión por la vía de la formación de la convicción subjetiva y con ello en el lugar de los círculos especializados determinantes, decidir si realmente existe o no la ley causal científico natural. Esto solo es de competencia de la correspondiente disciplina científico natural. Las leyes causales solo deben ser aplicadas por el juez, cuando hayan alcanzado reconocimiento general dentro de los círculos determinantes de los investigadores científicos. Solo el juez puede decidir sobre esto. Por lo demás, las leyes causales han sido privadas de su formación de convicción subjetiva*"[6]**.** En este mismo sentido ya son varios los pronunciamientos judiciales en derecho comparado en los que se ha hecho claridad en tal aspecto y se ha reconocido dicha tesis[7].

[6] Destacamos el trabajo de investigación que en esta materia realizaran los autores José Gregorio Mesa Azuero y Martha Cecilia Agudelo Yepes titulado Daño vs. Resultado insatisfactorio aplicación al estudio de Responsabilidad Medica publicado en Casos Forenses 11 Señal Editora Edición 1999. pag 7 a 28. En que se hace una clara distinción entre los eventos denominados Iatrogenia, Accidente, complicación y mala práctica.

[7] No es reprochable la conducta del médico que haya empleado un método más defendible que otro. En caso de controversia científica, los jueces en la duda, deben actuar con extrema prudencia y exonerar de responsabilidad al médico demandado." Moscicicki y Shor, 107, 192, 163 a 341, Canadá. P. Deschamps "l'obligación de mohines en matiere de responsabilite medicale" Cowansville Editiones y von Blais, 1990. En igual sentido, la doctrina y jurisprudencia de Canadá y EE.UU, sostienen que la alternativa estratégica-científica del abordaje involucra un concepto que es de dominio de la ciencia médica y no de la jurídica y por consiguiente ajena al debate judicial, quien solo debe resguardar pautas de razonabilidad jurídica y ejercicio regular de los derechos: "*solo genera responsabilidad del médico si su conducta implica un abuso, sometiendo al paciente a un riesgo ilegitimo o que implique una desviación de la finalidad curativa. Así como la libertad de tratamiento reconocida a los médicos no puede ser limitada por ninguna prescripción legislativa o reglamentaria, tampoco puede ser considerada como una permisión de un ejercicio abusivo.*" OMS comité consultivo Lyón, junio 13 de 1985 pag 387**.**

- ✓ **<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO TÁCITO VALIDO Y SUFICIENTE</u>**

Como fue explicado en la respuesta a los hechos de la demanda, esta defensa evidencia la intención de los demandantes, en preconstituir pruebas documentales (video y grabación de voz) durante el acto médico a fin de presentar de forma posterior una demanda de responsabilidad civil.

No obstante, llama la atención, que la parte actora a través de la señora **MÓNICA SALAZAR** preconstituyó de pruebas documentales (video y grabación de voz) no dejó o no quiso dejar de forma premeditada una conducta diferente a la que se evidencian en el video y grabación de voz al médico, en cuanto a que la intención y voluntad real era que a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR** si le hicieran maniobras de reanimación y/o medidas invasivas en UCI.

Es decir, se pretende con un video y una grabación de voz que hizo la familiar señora **MÓNICA SALAZAR**, documentar probatoriamente que ella u otros famílar nunca dieron consentimiento para que no reanimar y/o se hiciera medidas invasivas en UCI en la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR**, cuanto la preconstitucuón de la pruebas ya referenciadas eran el medio probatorio para manifestar que si autorizaban tales medidas, **<u>es decir, por qué al preconstiuir la prueba, no se dejó grabado por parte de que quien filmaba o grababa (</u>**familiar señora **MÓNICA SALAZAR) <u>de forma clara y expresa, que sí solicitaban o autorizaban medidas de reanimación y/o medidas invasivas en UCI.</u>**

Esto nos lleva entonces a decir, que el consentimiento para no reanimar ni hacer medidas invasivas en UCI fue tácito, pero, sobre todo, porque nunca hubo una oposición a la explicación que le dio el **Dr. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO** del estado de salud de la paciente y la situacion a seguir conforme el mismo, teniendo el familiar que hizo el video y la grabación, la posibilidad y derecho de manifestar su oposición a lo explicado y documentarlo en vido o en grabación de voz.

Asi las cosas el video y la grabación de voz, dan cuenta, que ninguno de los famillares, ni mucho menos el que filma y graba, solicitó de forma expresa, <u>medidas de reanimación y/o medidas invasivas en UCI para la paciente, pues de haber sido asi, esto debio quedar filmado y grabado; por tanto, el video y la grabación sirven para probar que nunca se oposuerieron a la indicación y explicación que dio el</u> **Dr. BRAYAN STEVEN LOPEZ LARGO.**

No es reprochable la conducta del médico que haya empleado un método más defendible que otro. En caso de controversia científica, los jueces en la duda, deben actuar con extrema prudencia y exonerar de responsabilidad al médico demandado." Moscicicki y Shor, 107, 192, 163 a 341, Canadá. P. Deschamps "l'obligación de mohines en matiere de responsabilite medicale" Cowansville Editiones y von Blais, 1990. En igual sentido, la doctrina y jurisprudencia de Canadá y EE.UU, sostienen que la alternativa estratégica-científica del abordaje involucra un concepto que es de dominio de la ciencia médica y no de la jurídica y por consiguiente ajena al debate judicial, quien solo debe resguardar pautas de razonabilidad jurídica y ejercicio regular de los derechos: "*solo genera responsabilidad del médico si su conducta implica un abuso, sometiendo al paciente a un riesgo ilegitimo o que implique una desviación de la finalidad curativa. Así como la libertad de tratamiento reconocida a los médicos no puede ser limitada por ninguna prescripción legislativa o reglamentaria, tampoco puede ser considerada como una permisión de un ejercicio abusivo.*" OMS comité consultivo Lyón, junio 13 de 1985 pag 387**.**

Toda intervención lleva concebido el consentimiento explicito o tácito al decidir y asumir eventuales consecuencias. La actividad medica no es actividad peligrosa, ni gobernada por la responsabilidad objetiva (Obligación de medios), su fin es el bienestar, por la salud libre de apremios. Esta actividad conlleva en gran medida riesgo, de modo frecuente aparecen en un procedimiento variables incontrolables, no solo por el estado del arte, por la reacción de cada organismo al dolor, a la enfermedad, al procedimiento. Admitiendo y reconociendo que la práctica de algún modo provoca lesiones a la corporeidad humana. Es un error epistemológico concebirla como actividad peligrosa (visión peligrosista), pues desconoce la historia, presente y futuro de la actividad médica. De allí que tampoco se puede blandir la posición de garante, debe indagarse hasta donde se extienden las fronteras, no predicar en abstracto, sino en concreto.

Hemos de precisar lo expuesto por el Consejo de Estado en cita anotada que "*en todo caso que la exteriorización de la* ***voluntad libre*** *del paciente, vale decir, su querer interno no necesariamente debe ser manifestado en forma expresa. Si bien la voluntad debe traducirse en un acto material, puede darse a conocer directamente mediante el lenguaje o la declaración verbal o escrita, a través de cualquier otro signo como sería el comportamiento.*

De modo que la manifestación del paciente no requiere -para que emerja válidamente- un comportamiento expresivo específico como sería el lenguaje convencional en su modalidad escrita o solemne, sino que la voluntad puede ser reconstruida a partir de la conducta asumida por el paciente que adquiere un significado jurídico, al revelar el propósito del mismo.

Expresión volitiva tácita o indirecta que es manifestación inequívoca, clara y precisa de la voluntad y por lo mismo está dotada de igual fuerza vinculante que la forma directa de exteriorizar el querer, como que produce los mismos efectos que si hubiese sido expresada de manera explícita en un documento escrito.

De ahí que si bien resulta deseable que el consentimiento informado sea manifestado externamente por el paciente de manera directa y expresa en un documento escrito, toda vez que este tipo de lenguaje es quizás el medio más idóneo para exteriorizar la voluntad en este tipo de situaciones, nada impide para aquella se establezca a partir de otros instrumentos, como sería el comportamiento desplegado por el propio paciente frente a las indicaciones del médico tratante, que revelan su voluntad implícita manifestada en una declaración tácita."

Y agrega más adelante el Consejo de Estado: "*En una palabra, del comportamiento del paciente que se revela en el silencio ante las múltiples advertencias emana la forma de un consentimiento tácito. Es más, mutatis mutandi, podría incluso afirmarse parafraseando al profesor Hinestrosa[8], que la conducta humana no se agota en la declaración, que existen otras formas y esta es justamente, el comportamiento o conducta de la cual se deduce la voluntad.*

[8]HINESTROSA, Fernando, Curso de obligaciones (conferencias), segunda edición mimeografiada, Bogotá, Facultad de Derecho, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1961, p. 124

Dentro del marco de la responsabilidad medica debe juzgarse que *los riesgos inherentes* son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con este, sea por las causas especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnica o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud , negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis. Se insiste: no se trata de una relación entre la intervención y el daño corporal, porque es claro que en el caso particular, la falta de información no es la causa de daño, sino que el mismo derivo de las condiciones intrínsecas del organismo, y de los riesgos inherentes de la intervención, los cuales serían idénticos con o sin información previa.

Nuestro ordenamiento jurídico, como ya se anotó, no ordena la exigencia de una voluntad expresa, vale decir, que se traduzca en una afirmación neta y caracterizada y en correlación directa e inmediata con el procedimiento quirúrgico por adelantarse.

De ahí que para la Sala debe resultar claro que en *sub judice* medió una manifestación consciente y libre de la decisión volitiva, ello no obsta para que tenga plena eficacia jurídica cuando ella aparece de manera tácita, en tanto ella evidencia no sólo el pleno conocimiento de los eventuales riesgos a los que se sometía, sino que también se trata de una voluntad libre, como quiera que de acuerdo con las pruebas evaluadas, la misma no adolece de vicios.

En un proceso terapéutico planificado como en este caso, que carece de propósitos egoístas, en el que la relación médico-paciente se construye sobre la confianza, existe un pacto terapéutico, en el que el paciente desea liberarse de su sufrimiento, y salir del callejón sin salida en el que es colocado por la condición clínico patológica que lo obliga a pedir asistencia médica; luego la terapia corresponde a un espacio protegido en el que se trata de entender al afectado, contribuyendo a una mejor comprensión y procurar un cambio para su bien. Consecuentemente el convenio terapéutico explicito significa que tiene lugar un encuentro entre el médico y el paciente en el que la dignidad de este permanece intacta. Dignidad que se ve deteriorada por el curso de la enfermedad que lo obligara a consultar en busca de solución y es por lo que decide someter colocándose en manos del profesional de la salud para procurar con su intervención posibilidades de vida perdida. Esto es el restablecimiento de mi propia autoridad y mi autodeterminación comprometida por la enfermedad, con lo que se puede decir que mi dignidad esta conservada en esta expectativa. Nada de lo que hace el terapeuta medico está orientado a subyugarme y alejarme de mi mismo. Un médico respeta mis síntomas, tienen un sentido y son respuestas inteligentes a las exigencias de la historia vital.

Es claro pues que la autorización suscrita por la paciente en el caso sub judice es categórico al indicar con el registro magnetofónico que esgrime, que la familia era conocedora y fue advertida de los riesgos a que se enfrentaba con la decisión medica adoptada conforme con los criterios fijados en época de pandemia para calificar y acceder o no como beneficiaria del SVA. Siendo suficiente elemento objetivo, para desvirtuar la argumentación de las pretensiones fijadas en la demanda.

Se insiste: no se trata de una relación entre la intervención y el daño corporal, porque es claro que, en el caso particular, la falta de información no es la causa de daño, sino que el mismo derivo de las condiciones intrínsecas del organismo, y de los riesgos inherentes, y el pobre pronostico vital., los cuales serían idénticos con o sin información previa.

De ahí que para el señor juez debe resultar claro que en *sub judice* medió una manifestación consciente y libre de la decisión volitiva, ello no obsta para que tenga plena eficacia jurídica cuando ella aparece de manera tácita, en tanto ella evidencia no sólo el pleno conocimiento de los eventuales riesgos a los que se sometía, sino que también se trata de una voluntad libre, como quiera que de acuerdo con las pruebas evaluadas, la misma no adolece de vicios. Téngase además en cuenta que en todo caso el Dr. López atendiendo la ética medica cumplió con la normativa deontológica (ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 3380 de 1981) en cuanto que:

ARTÍCULO 16. Ley 23 de 1981– La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. **El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.** (el galeno lo hizo al informar al familiar como quedo registrado en la grabación magnetofónica)

Concordancia D. 3380/81 Art. 10. – "El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse consecuencia del tratamiento o procedimiento médico".

No obstante que podía quedar exonerado en consideración a la situación de urgencia.

Art. 11. – "El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: a. Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan. b. Cuando exista urgencias o emergencias para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico". Art. 12. – "**El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla".** (como efectivamente lo hizo al dejar la justificación clínica de la decisión conforme los criterios médicos al final de la nota a eso de las 23:26 del 15 de septiembre) Art. 13. – "Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico". ARTÍCULO 17. – La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente. ARTÍCULO 18. – **Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarla a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales. (Efectivamente lo hizo como quedo registrado en la grabación magnetofónica)**

En un proceso terapéutico planificado como en este caso, que carece de propósitos egoístas, en el que la relacion médico-paciente se construye sobre la confianza, existe un pacto terapéutico, en el que el paciente desea liberarse de su sufrimiento, y salir del callejón sin salida en el que es colocado por la condición clínico patológica que lo obliga a pedir asistencia médica; luego la terapia corresponde a un espacio protegido en el que se trata de entender al afectado, contribuyendo a una mejor comprensión y procurar un cambio para su bien. Consecuentemente el convenio terapéutico explicito significa que tiene lugar un encuentro entre el médico y el paciente en el que la dignidad de este permanece intacta. Dignidad que se ve deteriorada por el curso de la enfermedad que lo obligara a consultar en busca de solución y es por lo que decide someter colocándose en manos del profesional de la salud para procurar con su intervención posibilidades de vida perdida. Esto es el restablecimiento de mi propia autoridad y mi autodeterminación comprometida por la enfermedad, con lo que se puede decir que mi dignidad esta conservada en esta expectativa. Nada de lo que hace el terapeuta medico está orientado a subyugarme y alejarme de mi mismo. Un médico respeta mis síntomas, tienen un sentido y son respuestas inteligentes a las exigencias de la historia vital.

Todo lo expuesto y soportado es suficiente elemento objetivo, para desvirtuar la argumentación del demandante.

- ✓ **VALIDEZ DE LA CONDUCTA MEDICA ADOPTADA POR EL GALENO BRAYHAN STEVEN LOPEZ FRENTE AL DILEMA ÉTICO QUE REPRESENTABA LA CONDICIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE.[9]**

La profesión médica, fiel a su compromiso de buscar el beneficio de los pacientes y lograr los mejores resultados posibles en el proceso de atención, respetando sus derechos y voluntad, se enfrenta al reto de la pandemia de Covid-19 y la consecuente situación de emergencia sanitaria, la cual conlleva un estado de excepcionalidad que modifica de manera fundamental algunos elementos tradicionales de la práctica médica.

En lo concerniente al soporte vital, específicamente la atención en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), u otras medidas de soporte vital como la atención en Unidades de Cuidados Intermedios, la Ventilación Mecánica Invasiva, la Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) o la diálisis en estados agudos, así como otros medios o procedimientos que busquen sostener la vida y mejorar la posibilidad de supervivencia, las cuales para efectos del presente documento se denominarán Soporte Vital Avanzado (SVA), se prevé una difícil situación, pues las proyecciones de los modelos matemáticos disponibles muestran que, es probable que el número de casos que requerirán este tipo de soporte superará la oferta disponible durante los picos de la pandemia.[10]

[9] **Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina de Colombia para enfrentar los conflictos éticos secundarios a la crisis de Covid-19 en el inicio y mantenimiento de medidas de soporte vital avanzado. Bogotá, Mayo 14 de 2020** (Versión revisada julio 10 de 2020)

[10] La estimación de la OMS, con base en las estadísticas de Wu Han en 2020, señala que un 6,1% de los pacientes diagnosticados con Covid-19 requerirán atención en unidad de cuidado intensivo.

Dentro del marco de la declaración de pandemia por Covid-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud, el Gobierno colombiano declaró un estado de emergencia sanitaria, con el objeto de dar vía a la asignación excepcional de recursos públicos para responder a la emergencia por Covid-19, y como medida anticipatoria y preparatoria, ha hecho un esfuerzo por incrementar la oferta de camas de UCI y de equipos de Ventilación Mecánica Invasiva. Al mismo tiempo el Gobierno ha recomendado al sector prestador que, en la medida de lo posible, se liberen los recursos existentes para mejorar la disponibilidad de estos durante los picos de demanda, así como les ha recomendado contar con reglas claras para permitir el triaje organizado por niveles de cuidado a través de recomendaciones específicas o protocolos estandarizados para los profesionales.

A pesar de tales esfuerzos, y teniendo en cuenta el comportamiento que ha mostrado la pandemia por Covid-19 en otros países, se espera que, inevitablemente, en algunas instituciones prestadoras, durante algunos espacios de tiempo, los picos de demanda superen la oferta disponible de recursos tecnológicos y humanos para el SVA. Ante una circunstancia de oferta insuficiente para responder a la demanda aumentada, se hace necesario recurrir a una lógica basada en el principio de *justicia distributiva*,[11] según el cual se debe maximizar el resultado agregado en salud para la sociedad. Esto supone que será necesario, solo de manera excepcional, y cuando se demuestre escasez, dar prioridad al beneficio colectivo sobre el beneficio individual. Dentro del marco de derechos humanos, la protección del derecho fundamental a la salud en el contexto de la emergencia se entiende como el acceso a la atención sanitaria de máximo nivel que pueda proporcionarse, buscando el grado máximo de salud que se pueda lograr.

Para hacer operativa esta lógica, se debe aplicar un proceso de *triaje*, el cual consiste en utilizar criterios específicos para priorizar la asignación del recurso escaso según la probabilidad que un paciente dado tenga de obtener resultados exitosos en salud cuando se beneficia del recurso en cuestión, para este caso específico, el SVA. Esta priorización implica, inevitablemente, que otro u otros pacientes no podrán beneficiarse de la asignación de este recurso escaso.

El proceder ético del médico frente al SVA, por fuera del escenario de crisis, está basado en buscar el beneficio para el paciente, sin tener en cuenta las consecuencias distributivas de tales decisiones. La modificación de este proceder ético, para dar prelación al principio de justicia distributiva en las circunstancias excepcionales de la emergencia, genera una gran carga moral y emocional en el médico que se ve obligado a tomar este tipo de decisiones. Cabe anotar que esta carga moral y emocional no se limita a los médicos, sino que también impacta a otros profesionales de la salud, y a la sociedad en general, para quienes puede ser especialmente difícil aceptar que sea imposible salvar todas las vidas.

[11] **Justicia distributiva:** Cuando los recursos son insuficientes para satisfacer las necesidades de las personas, su distribución debe partir de la base de buscar el mayor bienestar agregado posible. Este principio obliga a que, en la elección de pacientes para SVA en esta situación excepcional, se busque maximizar el bienestar agregado. En esta situación de excepción el principio de justicia distributiva tendrá prelación sobre el principio de beneficencia, pero siempre respetando la dignidad humana y protegiendo el derecho fundamental a la salud al máximo nivel que sea factible de proporcionar, dada la insuficiencia del recurso para SVA.

Ante esta retadora situación, se hace necesario establecer unas recomendaciones para enfrentar las decisiones de triaje de SVA, de tal manera que estas sean vistas como válidas, justas, eficaces y transparentes para que gocen de la mayor legitimidad posible, y que además sean imparciales y equitativas. Estas recomendaciones tienen como objetivos: 1) ayudar a preservar la confianza de la sociedad en el proceder ético del médico en estas circunstancias excepcionales; 2) mejorar la aceptación social de la inescapable realidad de la limitación de recursos tecnológicos y humanos durante los picos de demanda de SVA; 3) reducir la carga moral y emocional del médico que se ve obligado a realizar triaje de SVA; y 4) contribuir al desarrollo de la *lex-artis* en la situación excepcional que obliga a tomar decisiones de triaje de SVA.

En condiciones de no emergencia, existen unos criterios convencionales de elegibilidad para SVA que son basados en evidencia y que son generalmente aceptados por la profesión médica y por la sociedad. Estos criterios están definidos en función de la probabilidad de recuperación del paciente en el corto plazo sin que requiera SVA una vez superado el episodio agudo, y teniendo en cuenta el consentimiento del paciente o su representante. Sin embargo, en una situación de oferta insuficiente de SVA, es necesario adicionar otros criterios generales, puesto que el aplicar los criterios convencionales de elegibilidad puede dar como resultado que haya muchos más pacientes elegibles que recursos de SVA disponibles.

La Justicia distributiva con prelación frente al de beneficencia, ha de adoptarse conservado siempre el respeto a la dignidad humana y autonomía del paciente, con información transparente y objetiva frente a las condiciones de escasez y necesidad de triaje distributivo lo que implica limitar derechos individuales. Definir el inicio y suspensión de SVA, los criterios de elegible, pero también con medidas paliativas en quien no se inicie o suspenda. No iniciar o suspender el SVA en estas circunstancias no se ha de entender como daño. No se puede pretender acciones heroicas, sino existe probabilidad razonable de que el paciente se recuperara.[12]

Los Criterios específicos de la clasificación y selección (criterios que se han de evaluar simultáneamente) son: 1. El pronóstico de supervivencia a corto plazo
2. El pronóstico de supervivencia a largo plazo (expectativa de vida)
3. Las coomorbilidades que afecten el pronóstico del largo plazo
4. Y que tantos recursos de SVA se espera que consumirá el paciente.

- ✓ **LA ATENCIÓN MEDICA BRINDADA POR EL DR. BRAYHAN STEVEN LOPEZ NO LE OCASIONO PERDIDA DE OPORTUNIDAD DE SOBREVIVIR A LA PACIENTE. LA SUPUESTA OMISIÓN ENDILGADA AL MEDICO AUN HABIÉNDOSE MATERIALIZADO UN COMPORTAMIENTO DIFERENTE AL QUE SE LE REPROCHA COMO EXIGIDO NO TENÍA LA POSIBILIDAD SEGURA DE CAMBIAR EL CURSO CAUSAL DE LA ENFERMEDAD Y MUERTE.**

[12] Revista Conava. Harold Aristizábal Marín. El problema de la elección, el problema de la vida entera. El dilema ético que le propone el Covid 19 a la sociedad de hoy. Julio 2020.

La Corte Suprema de justicia en fallo del agosto 4 de 2014 (10261-2014) Margarita Cabello Blanco y 15 de junio de 2016(7824-2016) Margarita Cabello Blanco. Perdida de oportunidad en casos de RC Medica.

Consejo de Estado 5 de abril de 2017 unifico postura para verificar que la pérdida de oportunidad constituye un fundamento de daño derivado de la lesión a una expectativa legítima. 17001-233-1000-2000-0064-501 Ramiro Pazos Guerrero.

Ha sido criterio de la Corte[13] en sede civil, que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo. En igual sentido el Consejo de Estado[14] ha expresado, en reiterada jurisprudencia, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto, es decir que no se trate de meras posibilidades, o de una simple especulación.

Si el juez indemniza las consecuencias futuras de un daño es porque se halla capacitado para apreciar, partiendo de la existencia cierta de un agravio, en forma más o menos exacta, las repercusiones que el hecho ocasionará más adelante, cálculo que, en cambio, no puede en manera alguna efectuar, a menos de entrar en el terreno movedizo e incierto de las conjeturas, cuando la existencia del agravio depende de la producción de una serie de hechos contingentes y extraños al hecho ilícito en cuestión.[15]

La pérdida de la oportunidad de curarse o de sobrevivir se toma en consideración cuando es virtual y atribuible al accidente, en tanto que si ella es apenas eventual no será tenida como reparable: "*Si la víctima o sus causahabientes pueden establecer que sus oportunidades de curación hubiesen sido más grandes si el médico le hubiera dispensado cuidados más atentos, ella podría obtener por ese concepto indemnización de daños y perjuicios*"[16]

Se destaca en ese mismo sentido algunas precisiones que Francois Chabas ha realizado para admitir aplicar la perdida de oportunidad

[13] Sentencias de 17 de febrero de 1994, expediente 6783, y de 9 de mayo de 1995, expediente 8581.

[14]Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 7 de febrero de 2000, expediente 11649, actor Jesús Antonio Arce Jiménez.

[15] VEASE Sentencia 12555 de agosto 10 de 2001 CONSEJO DE ESTADO. Sentencia de enero 24 de 2002. Expediente 12.706. Consejero Ponente: Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros. Sentencia 14675 de septiembre 7 de 2004 SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA Radicación 14.675 Consejera Ponente:Dra. Nora Cecilia Gómez Molina

[16]La Responsabilité Civile, Philippe Le Tourneau, Dalloz, 1972, pág. 112.

Se requiere que la víctima haya tenido una oportunidad, un álea, lo cual implica que:

a) *"la víctima no tenía más que una esperanza: la de ver realizarse un evento benéfico... En la pérdida de una oportunidad, el proceso que podía conducir a la pérdida de la 'ventaja esperada' está generalmente iniciado. Es así como hablaremos de la pérdida de una oportunidad de sobrevivir para aquel que no tiene sino oportunidades de no morir.* ***Y ello es paradójicamente diferente de la situación de quien tiene oportunidades de morir.*** *El álea no es la misma cosa que el riesgo*",

b) la oportunidad debía existir, ser real y no meramente hipotética. Debe existir relación causal entre la conducta del agente y la pérdida de esa oportunidad, que no es lo mismo que establecer el vínculo causal entre la culpa del agente y la pérdida de la ventaja esperada. Por lo tanto, no puede hablarse de pérdida de oportunidad cuando se desconoce la causa de la pérdida de la ventaja, causa que pudo ser la culpa del agente. "*Está entonces prohibido, sobre todo, recurrir a la teoría de la pérdida de una oportunidad cuando el médico no ha hecho más que aumentar un riesgo*".

> "*Cuando el perjuicio es la pérdida de una oportunidad de sobrevivir, el juez no puede condenar al médico a pagar una indemnización igual a la que debería si él hubiera matado realmente al enfermo. El razonamiento es el mismo cuando la 'ventaja esperada' es diferente de la supervivencia, como por ejemplo, ganar un proceso. El juez debe hacer que la reparación sea proporcional al coeficiente de oportunidades que tenía el paciente y que este ha perdido... Se examina cuántas oportunidades tenía el paciente de no sufrir este otro perjuicio; se calcula la indemnización según esas oportunidades, pero tomando como base la suma que habría servido para indemnizar por la muerte o por la pérdida cierta de cualquiera otra 'ventaja esperada'*".

Sin embargo, al respecto es importante que se tenga presente que si lo que se le imputa al médico es un error en la decisión medica de no someter la paciente a SVA que tuvo como consecuencia no lograr interrumpir el curso causal de la enfermedad y sus consecuencia, lo cierto, es que aún en gracia de discusión que el actuar del galeno no fuera correcto y contrario a "lex artis" lo cierto es que su conducta no fue causa eficiente del resultado final en la medida que por la evolución de las patologías graves al momento de la atención su pronóstico vital era muy pobre por el curso clínico de su patología de base que evidenciaba. Lo cierto es que la pérdida de oportunidad no es un mecanismo para relevar al demandante de la carga de la prueba del nexo de causalidad, ello sería caminar por el sendero de los cursos causales hipotéticos no aptos para realizar juicios de valor jurídico.

En otros términos, no se puede considerar que la clínica ni su equipo médico del que hiciera parte mi representado le hubiera negado a la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES** oportunidad de curarse o restaurarse; oportunidad que NO resulta cierta, en las circunstancias particulares del caso y el momento de pandemia.

- ✓ **ACTUACIÓN PROFESIONAL DEL DR- BRAYHAN STEVEN LOPEZ DENTRO DEL ÁMBITO DEL RIESGO PERMITIDO QUE FUE ASUMIDO COMO RIESGO[17] INHERENTE[18].**

Se hace necesario precisar, que en materia médica, no se puede hablar de ciencia exacta, es por ello que no se puede prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la lex artis.

Como bien lo señala la Corte en Sentencias recientes C7110-2017 del 24 de mayo de 2017 y 2007-00403-02 (SC-3272-2020) de septiembre 7 de 2020 con ponencia ambas de Luis Armando Tolosa Villabona. Todos los procedimientos que ejecuta un galeno tienen asociado un eventual riesgo para el paciente de engendrar un daño o secuela provocando lesión al cuerpo o la salud del paciente. Riesgos justificados, permitidos individual y socialmente inherentes al acto médico, pero determinados y cualificables en cada momento según el avance de la lex artis. Toda intervención lleva concebido el consentimiento explicito o tácito al decidir y asumir eventuales consecuencias. La actividad medica no es actividad peligrosa, ni gobernada por la responsabilidad objetiva (Obligación de medios), su fin es el bienestar, por la salud libre de apremios.

Esta actividad conlleva en gran medida riesgo, de modo frecuente aparecen en un procedimiento variables incontrolables, no solo por el estado del arte, por la reacción de cada organismo al dolor, a la enfermedad, al procedimiento. Admitiendo y reconociendo que la práctica de algún modo provoca lesiones a la corporeidad humana. Es un error epistemológico concebirla como actividad peligrosa (visión peligrosista), pues desconoce la historia, presente y futuro de la actividad médica. De allí que tampoco se puede blandir la posición de garante, debe indagarse hasta donde se extienden las fronteras, no predicar en abstracto, sino en concreto.

[17] **Riesgo** (según la RAE): "*Proximidad de ocurrencia de un daño o de un peligro, un accidente o contingencia. Contingencia o proximidad de un daño, peligro o riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal o situación en que aumenta la inminencia del daño*".

[18] **Inherente**(según la RAE): "*que por su naturaleza esta de tal manera unido a algo que no se puede separar de ello*".

Los *riesgos inherentes* al acto médico (ejecución o plan) son inseparables de la actividad medica porque no es ciencia exacta y acabada sino en constante dinámica y evolución. La literatura y la jurisprudencia es pacifica en sostener y reconocer que la medicina es una *ciencia en construcción* por lo que apareja ciertos riesgos inherentes a la realización de los procedimientos médicos los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad culposa.

Dentro del marco de la responsabilidad medica debe juzgarse que *los* ***riesgos inherentes*** son las *complicaciones, contingencias o peligros* que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con este, sea por las causas especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnica o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud , negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.

El control judicial no puede ser sobre las bases de los resultados adversos o de la falta de acierto para concluir que hubo un incumplimiento, tardanza y por ende culpa. Ello conduciría a coartar la libre iniciativa y el criterio profesional del médico, juzgando al médico a la luz de los resultados (medicina a la defensiva). Un error de juicio a un cuadro clínico complejo que dificulta la terapéutica no puede ser fuente de responsabilidad civil.

Destaquemos para el objeto de estudio que son las interacciones las riesgosas y no los resultados, con lo que se constata es la falta de situación típica, se tiene es la intención de un menor riesgo; no tiene sentido discutir el problema del resultado. De lo que se trata es de determinar si se está en el **ámbito del *riesgo permitido***; de ser así no hay situación típica, y por consiguiente no tiene sentido entrar en la cuestión del resultado, son atípicos. Su actividad es permitida antes que se haya causado cualquier resultado independientemente de su causación y aquí se hace necesario destacar una sentencia de 12 de Noviembre de 1999, donde se advierte que el juicio de valor de la conducta se debe dar ***ex ante* y *no ex post*.** Igualmente una decisión del Consejo de Estado con relación a una demanda por falla del servicio médico donde se reconoce como situación de fuerza mayor la complicación sobreviniente.[19]

Por otra parte, se ha de entender por "*riesgo*" a la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad en el curso de un tratamiento. Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico, pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, *verbigratia*, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o aleas propias de la ciencia médica, o aquellas que se derivan del estado del paciente o que provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, por ejemplo, entre otras las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.

[19]Sentencia de agosto 24 de 1998 M.P. Jesús María Carrillo. Jurisprudencia y Doctrina pag 1618-19.

El estado del paciente y sus reacciones orgánicas también pueden generar situaciones francamente imprevisibles que debe evaluar el juzgador al momento de determinar la responsabilidad médica; así, un marcado deterioro del estado de la salud puede incrementar el riesgo anestésico y quirúrgico, o el suministro de ciertos fármacos puede ocasionar en el enfermo reacciones inesperadas alérgicas, toxicas, idiosincrásicas etc., que en la actualidad no es posible evitar con los recursos que la ciencia y la técnica medica ofrecen, como tampoco paliar algunos de sus efectos.

Incluso, no puede soslayarse que el quehacer medico pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasionen un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere ocurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suela concluir que la llamada "***iatrogenia inculpable***", noción que también involucra el médico terapéutico y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometen su responsabilidad.

Como corolario se puede concluir que cualquiera sea la óptica con la que se pretenda examinar el caso en particular, no se puede llegar a reprobar jurídicamente la conducta del galeno, en el tratamiento a su paciente, ya que la complicación sobreviniente suscitada no puede ser estimada como un resultado dañoso, pues sucedió por la contingencia propia de la actividad desplegada como riesgo inherente y no por la causación voluntaria, siendo en tal condición irrelevante desde punto de vista de la responsabilidad civil.

- ✓ **INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO Y EN CONSONANCIA CON ELLO CARECE DE FUNDAMENTO LAS PETICIONES ECONÓMICAS, LAS DECLARACIONES Y CONDENAS.**

Nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de responsabilidad civil, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos y jurídicos que establezcan la existencia de un daño antijurídico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa al galeno que represento.

Valga indicar precedentemente al abordaje particular de cada uno de los perjuicios aludidos, que la jurisprudencia Colombiana invocando el tenor literal del Art. 167 C.G.P., ha sido directa en afirmar que "***el legislador tiene establecido que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen***"[20] cual reflejo de lo acontecido en el Derecho Francés, de tal suerte que la acción de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo.

De tal suerte que sea cual sea la naturaleza de los perjuicios reclamados, estos deberán ser acreditados a su Señoría dentro del proceso, mediante los medios probatorios que se recauden a través de la actuación, a propósito de lo cual debe señalar el suscrito apoderado, que brilla por su ausencia dentro del sumario, evidencia alguna que compruebe que la parte actora haya sufrido los perjuicios cuya condena solicita, en la extensión comprendida por sus aspiraciones económicas.

[20] Consejo de Estado, Sección Tercera, 12 de febrero de 1992, C.P. Dr. Montes Hernández, actor Guillermo Enrique Benítez. Exp. 7177

En primer lugar, tratándose de la pretensión de condena en contra de mi representado por concepto de perjuicios morales debe manifestar el suscrito, que no obstante que su tasación se encuentra sometida al *arbitrio judice*, igual de cierto resulta que la Sala Civil, máximo Juez natural y guía doctrinal dentro de los asuntos sometidos a tal jurisdicción, ha establecido dentro de su prudente juicio unos límites referentes a la tasación del perjuicio moral.

Así se infiere incluso de jurisprudencia relativamente reciente de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia como la sentencia SC – 035 del 13 de mayo de 2008, en Ponencia el Magistrado Cesar Julio Valencia Copete, al tenor de la cual tanto en caso de daño a la vida de relación como en perjuicio moral, se considera esta fuente de derecho como derrotero a seguir al momento de tasar este tipo de daños, en los siguientes términos:

> *"Otro tanto deberá hacerse en el momento en que los juzgadores, en forma mesurada y cuidadosa, asuman la labor de fijar el quantum de esta clase de perjuicio, bajo el entendido de que ella no puede responder solamente a su capricho, veleidad o antojo, sino que debe guardar ponderado equilibrio con las circunstancias alegadas y demostradas dentro de la controversia, velando así porque no sea desbordada la teleología que anima la institución de la responsabilidad civil, tema en el que, a buen seguro, la jurisprudencia trazará un útil marco de referencia, en forma similar a lo que ocurre en tratándose del daño moral.*

En este orden de planteamientos, se destaca como precedente judicial en este sentido sentencia de casación de la Corte Suprema de Justicia, sala civil, septiembre 7 del 2.001, expediente 6171, magistrado ponente Dr. Silvio Fernando Trejos Bueno y la Sentencia de Casación de agosto 17 del 2.001, caso en el cual se indemnizo el perjuicio moral causado a una madre por la muerte de su hija, menor con tan solo 8 años de edad, por la suma de $ 15.000.000, en los siguientes términos:

"5. En punto de los perjuicios morales de orden subjetivo, es dable reconocerlos dado que se halla demostrado que Liliana, fallecida con ocasión del accidente a la edad de ocho años, era hija de la demandante, según se halla demostrado en el proceso; por lo tanto, resulta dable presumir que dada la edad temprana de la fallecida realmente existía una relación afectiva y sentimental intensa de la cual se deduce que esa muerte le causó aflicción a la madre, además ésta se hallaba junto a su hija cuando ocurrió el suceso trágico y le correspondió sufrir igualmente ante el padecimiento de ésta antes de su deceso. Por consiguiente, se impone reconocer la existencia del perjuicio moral; de allí que siguiendo el método del arbitrio judicial para fijar el monto de la indemnización por ese concepto, estima la Corte que debe señalarse la suma de $15.000.000, cuyo pago se le impondrá a la sociedad demandada; monto que no sobrepasa el límite señalado en la demanda."

Cualquiera que sea el monto de una eventual condena en perjuicios morales a favor de la parte actora, este debe respetar los límites indicados reiteradamente por la jurisprudencia, de tal suerte que en ningún caso podría accederse a la suma solicitada por la parte actora.

Por otra parte, tratándose del perjuicio de orden material, daño emergente y lucro cesante, es preciso tomar como punto que estos son tangibles y por ende son susceptibles de ser valorados pecuniariamente, luego, para la prosperidad de su reparación, de conformidad con el mencionado artículo 167 C.G.P. demostrar la extensión de los mismos.

De tal suerte que no a otra conclusión se puede llegar que la ausencia de sustento probatorio idóneo en cuanto a la demostración de los perjuicios materiales se refiere, de tal suerte que será este un rubro destinado al despacho desfavorable por parte de su Señoría.

A este respecto es preciso aclarar que daño y perjuicio aun cuando son conceptos conexos, no son idénticos.

En este sentido, el profesor Benoit afirma *"...el daño es un hecho; es toda afrenta a la integridad de una cosa, de una persona, de una actividad, o de una situación (...) el perjuicio lo constituye el conjunto de elementos que aparecen como las diversas consecuencias que se derivan del daño para la víctima del mismo, mientras el daño es un hecho que se constata, el perjuicio es, al contrario, una noción subjetiva apreciada en relación con una persona determinada"*[21]

Sobre el mismo asunto la Corte Suprema de Justicia, en determinado momento se pronunció de indicando que *"el daño, considerado en si mismo, es la lesión, la herida, la enfermedad, el dolor; la molestia, el detrimento ocasionado a una persona en su cuerpo, en su espíritu o en su patrimonio"* mientras que *"el perjuicio es el menoscabo patrimonial que resulta a consecuencia del daño; y la indemnización es el resarcimiento, la reparación, la satisfacción o pago del perjuicios que el daño ocasiono"*[22].

Una y otra cita, en especial la última, nos llevan a concluir que para el caso que nos ocupa, la imputación de la muerte que enrostra la parte actora, consideradas en si mismas, no constituyen daño indemnizable.

Es de resaltar, que, si no existe daño con carácter de indemnizable, mucho menos perjuicio, y si no hubo un comportamiento culposo, pues no hay impericia, ni negligencia, ni descuido, en el actuar del medico, ni hay responsabilidad como se demostrara dentro del proceso, mucho menos puede haber lugar a la indemnización.

Así lo ha señalado la ley, la jurisprudencia y la doctrina. En el libro El Daño de Juan Carlos Henao, editado por el Departamento de Publicaciones de la Universidad Externado de Colombia en julio de 1998, donde señala: "*El daño es la razón de ser de la responsabilidad y por ello, es básica la reflexión de que su determinación en si, precisando sus distintos aspectos y su cuantía, ha de ocupar el primer lugar en términos lógicos y cronológicos, en la labor de la partes y el juez en el proceso. Si no hubo daño o no se puede determinar o no se le pudo evaluar hasta allí habrá de*

---

[21] Francis-Paul Benoit. "Essai sur les conditions de la responsabilite en droit public et prive (problems de causalite et d'imputabilite)",JCP, 1957, I, P. 1351

[22] Corte Suprema de justicia. Col. S.N.G., 13 de noviembre de 1943, M.P. Dr. Cardozo Gaitan.

llegarse; todo esfuerzo adicional, relativo a la autoría y a la calificación moral de la conducta del autor resultara necio e inútil…. El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente toma inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple. Si una persona no ha sido dañada no tiene por qué ser favorecida con una condena no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad ultima de la responsabilidad civil….EL DAÑO ES REQUISITO NECESARIO MAS NO SUFICIENTE PARA QUE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD. Regla primordial del derecho de responsabilidad es aquella que enuncia que "sin perjuicio no hay responsabilidad…. En efecto, la existencia del perjuicio es de tal trascendencia que su ausencia implica la imposibilidad de pretender la declaratoria de responsabilidad…. Sin embargo, en ocasiones a pesar de existir daño no procede declara la responsabilidad. Esto por cuanto el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad. En efecto, en algunos eventos no se declara la responsabilidad, a pesar de haber existido daño. Es lo que ocurre en dos hipótesis: el daño existe pero no se puede atribuir al demandado, como cuando aparece demostrada una de las causales exonerativas; o el daño existe y es imputable, pero el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es un daño antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre. Por eso valga repetirlo, se considera que el daño es un elemento indispensable para la existencia de la responsabilidad, pero cuya sola presencia no convierte, de suyo, a quien lo sufre en acreedor de una indemnización…. EL DAÑO DEBE SER PROBADO POR QUIEN LO SUFRE. El daño debe ser probado por quien lo sufre, so pena de que proceda su indemnización."

El daño o perjuicio, junto con la acción u omisión negligente o imprudente, es uno de los presupuestos de la responsabilidad, siendo el daño el elemento imprescindible, para que se ponga en marcha el mecanismo de la responsabilidad civil y la reparación tanto en la vía contractual como extracontractual.

Igualmente, el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO, explica: "…. *Para que una persona sea responsable civilmente se requiere que con su comportamiento haya dañado un bien de un tercero que estaba protegido por el orden jurídico civil. Mientras no haya daño, no cabe hablar de responsabilidad civil*."

No es de recibo, condenar a ningún tipo de indemnización, por lo antes expuesto, pues no existe responsabilidad, ni ningún tipo de daño o perjuicio indemnizable.

Sentencia 12555 de agosto 10 de 2001, CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, señala: La Sala ha dicho, en reiterada jurisprudencia, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto (2), es decir que no trate de meras posibilidades, o de una simple especulación:

"Ha sido criterio de la corporación(3), que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo.

Respecto al daño moral y pérdida de oportunidad o chance de sobrevivir o sanar, tampoco es recibo, no solo por lo antes señalado, sino por que el paciente como se dijo esta sano y ha sobrevivido en óptimas condiciones, no se probó ningún tipo de daño antijurídico por cuanto se restableció la salud, ni es cierto. "

- ✓ **EXCESIVA TASACIÓN DE LOS DAÑOS MORALES RECLAMADOS EN LA DEMANDA, Y SOBRE TODO LA AUSENCIA DE PRUEBAS DE LOS MISMOS POR CADA UNO DE LOS DEMANDANTES EN LA MEDIDA QUE EL SOLO VINCULO FAMILIAR NO DAR LUGAR A LA MATERIALIZACIÓN DE DAÑO MORALES POR QUIEN LOS RECLAMA, ESTE DAÑO REQUIERE SER CIERTO PARA QUE SURJA SU INDEMNIZACIÓN.**

- ✓ **INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE EL DR. BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO Y LOS CODEMANDADOS.**

En la sentencia de la Corte Suprema de Justicia SC13925-2016 Radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01 (Aprobado en sesión de veinticuatro de agosto de dos mil dieciséis) esta entidad de se pronunció respecto de la solidaridad en estos términos:

> **"(…) De ese modo el juicio de reproche puede recaer sobre la organización; sobre uno o algunos de sus elementos humanos; sobre la organización y uno o alguno de sus elementos, en forma solidaria cuando se cumplen los presupuestos del artículo 2344 del Código Civil; o no recaer sobre ninguno de ellos, según las circunstancias del caso. Todos ellos, tanto el sistema en conjunto como cada uno de sus miembros, tienen las mismas posibilidades de exonerarse de responsabilidad mediante la prueba del caso fortuito, el hecho de un tercero, la culpa exclusiva de la víctima, o la debida diligencia y cuidado (…)"**

En el caso que nos ocupa, al no configurarse una relación de causalidad entre la actuación profesional Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** , precisamente porque el fallecimiento la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR**, no tiene relación de causalidad directa con la actuación médica del médico que apodero

Es claro que no existe responsabilidad solidaria entre el Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** y las codemandada CLÍNICA OSPEDALES y SANITAS EPS

En la misma sentencia la Corte Suprema de Justicia, ya transcrita, se establece:

> (…) El agente médico singular se exonerará del juicio de imputación del hecho como suyo siempre que se demuestre en el proceso que no tenía un deber de cuidado en la atención que brindó al paciente, lo que ocurre, por ejemplo, cuando su intervención no fue jurídicamente relevante o estuvo amparada en una causal de justificación de su conducta; cuando el daño se debió al quebrantamiento de una obligación de acción de la EPS o de la IPS y no a la desatención del deber personal de actuar; o cuando no intervino de ninguna manera ni tenía el deber jurídico de hacerlo.

Así, por ejemplo, si se demuestra en el proceso que el evento adverso se produjo por falencias organizacionales; errores de coordinación administrativa; políticas empresariales que limitan al médico en la utilización del tiempo que requiere para brindar una atención de calidad al usuario; o restringen su autonomía para prescribir los procedimientos, medicamentos o tratamientos que se requieren para la recuperación de la salud del usuario, tales como exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas o ecografías, tomografías axiales computarizadas, etc., o cualquier otra razón atribuible a las empresas promotoras o a las instituciones prestadoras del servicio de salud, entonces los agentes médicos quedarán exonerados de responsabilidad porque el daño ocasionado al cliente del sistema de salud no podrá considerarse como obra suya sino de la estructura organizacional (…)"

Se tiene entonces, que al no serle atribuible al Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO**, el fallecimiento de la paciente **MÓNICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR**, por sustracción de materia no le es atribuible una responsabilidad solidaria en la reparación o indemnización de perjuicios reclamados en la demanda.

- ✓ **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 tendré oportunidad de referirme en los Alegatos de Conclusión.

PRUEBAS

PRONUNCIAMIENTO DE LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS A LA DEMANDA

Debe el juez darle el valor probatorio respectivo, conforme las reglas de la santa crítica y el derecho de contradicción que desarrolle en el debate procesal.

SOLICITUD DE PRUEBAS

En el ejercicio del derecho de defensa, solicito se decreten las siguientes pruebas:

- ✓ **INTERROGATORIO DE PARTE.**

Solicito por favor se decrete el interrogatorio de parte de todo y cada uno de los demandados, para que en audiencia declaren y confiesen sobre los hechos constitutivos de las excepciones de mérito que se esgrimen como medio de defensa, por tanto, su señoría solicito, se cite a los demandantes para que en audiencia sean escuchados en interrogatorio de parte.

- ✓ **TESTIMONIALES.**

Dado que la **CLÍNICA OSPEDALE**, al contestar la demanda, relacionó una serie de testigos, como están descritos en dicho escrito, solicito que dichos testimonios sea decretados de forma conjunta, para efectos procesales, si la CLÍNICA OSPEDALE desiste de los mismos es derecho de esta defensa continuar con los mismo, al solicitarse que la prueba se decrete de forma conjunta.

- ✓ **DECLARACIÓN DE PARTE.**

Esta nueva prueba hace referencia a la declaración que hace una de las partes ante el Juez, es una especie de testimonio de una de las partes en el proceso, es un escenario en el que las partes pueden ofrecer su testimonio y, como consecuencia de ello, ser interrogadas tanto por la contraparte, como por su propio apoderado, sin límite alguno en cuanto al número de preguntas. Esta prueba está regulada por el articulo 165 y 191 del Código General del Proceso.

En este orden de ideas solicito de decrete la declaración de parte del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO.**

- ✓ **PERITAJE DE PARTE. SE ANUNCIA LA APORTACIÓN DE DICTÁMENES DE PARTE CONFORME LO PERMITE EL ARTÍCULO 227 DEL CGP EN ESTOS TÉRMINOS:**

> "(…) Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba (…)"

Por tanto, nos acogemos a lo consagrado en el ya citado artículo respecto de la prueba pericial, debiendo el despacho conceder el término consagrado el articulo 227 CGP, para hacer llegar el peritaje anunciado.

Los peritajes que se enuncian que se aportaran según el artículo 227 del CGP, son de la especialidad en Medicina Intensiva y Medicina Interna.

NOTIFICACIONES

El Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** en el correo electrónico b_lbg@hotmail.com

El suscrito apoderado en el correo electrónico andresdewdney@hotmail.com y en el Tel 3166933431

SOLICITUD

-Se absuelva al Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** de cada una de las pretensiones de la demanda, por no existir responsabilidad individual ni solidaria alguna en los hechos objeto de esta.

-Subsidiariamente, y en el caso hipotético que se llegue a condenar de forma solidaria a los demandados, solicito que en la sentencia, se gradué o proporcione la condena indemnizatoria en razón al grado de culpabilidad o participación causal que se llegare a probar en el proceso, respecto de la actuación médica del Dr. **BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO** y el fallecimiento de la paciente.

Atentamente.

ANDRES EDUARDO DEWDNEY MONTERO
C.C. Nro. 72.203.823 de Barranquilla
T.P. Nro. 93.691 del C.S., de la judicatura

Responder Eliminar No deseado Bloquear ...

Re: OTORGAMIENTO PODER PARA EL JUEZ (A) SEGUNDO (A) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES

Brahyan López
Para: Usted

Lun 25/07/2022 12:25

Yo BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO C.C Nro 1.054.994.636, otorgo al Dr. ANDRES DEWDNEY MONTERO C.C. Nro. 72.203.823 y T.P Nro. 93.691 del CS del J le otorgo poder para representarme en el proceso que cursa el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales Radicado Nro.17001310300220220008100

De: andres dewdney <andresdewdney@hotmail.com>
Enviado: Monday, July 25, 2022 6:06:22 PM
Para: Brahyan López <b_lbg@hotmail.com>
Asunto: OTORGAMIENTO PODER PARA EL JUEZ (A) SEGUNDO (A) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES

Doctor
BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO, mayor de edad, identificado con la C.C. Nro. 1.054.994.636, en mi calidad de abogado, en cumplimiento de la Ley 2312 de 2022, me permito enviarle el texto del poder que usted desea otorgarme para la defensa en el proceso que cursa el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales

Si usted está de acuerdo en otorgarme poder por favor responder, este correo electronico manifestando, le otorgo pode al Dr. ANDRES DEWDNEY MONTERO C.C. Nro. 72.203.823 y T.P Nro. 93.691 del CS del J le otorgo poder para representarme en el proceso que cursa el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales Radicado Nro.**17001310300220220008100**

Señor (a)
JUEZ (A) SEGUNDO (A) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
E.SD.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DECLARATIVO DE GERMAN DARÍO CIFUENTES SALAZAR Y OTROS CONTRA BRAHYAN STEVEN - LÓPEZ LARGO, E.P.S. SANITAS S.A. Y CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A.

RADICADO Nro. 17001310300220220008100

BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO, mayor de edad, identificado con la C.C. Nro. 1.054.994.636, me permito otorgar poder amplio y suficiente al Dr. **ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO**, identificado con la C.C. Nro. 72.203.823 de Barranquilla y la T.P. Nro. 93.691 del C.S. de la J., para en su calidad de abogado me apodere y represente en el proceso en todo el proceso de la referencia a fin que ejerza mi derecho de defensa.

Mi apoderado queda facultado para presentar dar respuesta a la demanda, presentar recursos, llamar en garantia, denunciar el pleito, solicitar la práctica de pruebas, solicitar nulidades, conciliar, transigir, desistir, sustituir el presente poder, reasumirlo, en general realizar todas las actuaciones necesarias para ejercer mi defensa.

Otorgo.

BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO
C.C. Nro. 1.054.994.636.
b_lbg@hotmail.com

Acepto.

ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO.
C.C. Nro. 72.203.823 de Barranquilla
T.P. Nro. 93.691 del C.S. de la J.

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Miercoles 13 de Julio del 2022
HORA: 7:41:33 am

Se ha registrado en el sistema, la carga de 3 archivos suscritos a nombre de; IVAN MAURICIO PAEZ, con el radicado; 202200081, correo electrónico registrado; impaez@keralty.com, dirigidos 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
Certificadodeafiliacion.pdf
Certificadoutilizaciones.pdf
Contestaciondemanda.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20220713074136-RJC-18929

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Monica Liliana Cifuentes Salazar** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **24338592,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 24338592
NOMBRES Y APELLIDOS	Monica Liliana Cifuentes Salazar
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	18/08/1984
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	4 No Tiene Derecho Al Servicio
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Desafiliado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2018
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	16/09/2021
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	123 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	
NIVEL SISBEN	No aplica

Generado por jmserrano 11/07/2022

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

COMPAÑÍA: EPS SANITAS S.A.		**102**
PERIODO: DESDE: 01/06/2018	**HASTA:**	16/09/2021
AFILIACION: 3010-4387147	**FAMILIA**:	**1**
US-1-MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR	**C.C.**	**24338592**

Nombre Prestador	Fecha	Descripcion
Nombres Prestador	18/05/2019	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	18/05/2019	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	18/05/2019	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	28/05/2021	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	28/05/2021	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	28/05/2021	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

Los valores anteriores fueron cancelados directamente por EPS Sanitas S.A. a los prestadores de los servicios.

PD: Por instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, debemos informarle que frente a cualquier desacuerdo con esta respuesta, podrá elevar consulta ante la citada entidad, máxima autoridad de Inspección y vigilancia en la materia (C.E. 0047/07 modificada circular 049 del 2008).

Bogotá D.C., 12 de julio de 2022
CJ-14285-22

Doctor:
JOSÉ EUGENIO GÓMEZ CALVO
JUEZ SEGUNDO (2) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES –CALDAS-
ccto02ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

Referencia. Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Médica
Proceso No. 17001310300220220008100
Demandantes. María Asceneth Buitrago de Salazar y otros.
Convocadas. EPS Sanitas y otros.
Asunto. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Respetado Doctor Gómez, reciba un cordial saludo,

IVÁN MAURICIO PÁEZ SIERRA, identificado como aparece al pie de mi firma y actuando como apoderado judicial de la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.**, en adelante, **EPS SANITAS S.A.S.**, por medio del presente escrito, de conformidad con lo reglado en el artículo 96 del Código General del Proceso y encontrándome dentro del término previsto para tal fin, procedo a contestar la demanda promovida por María Asceneth Buitrago de Salazar, Rubén Darío Cifuentes Arcila, German Darío Cifuentes Salazar, Natalia Cifuentes Salazar, Amparo Salazar Buitrago, Martha Cecilia Salazar de Álzate, Nelson Salazar Buitrago, Gloria Elcy Salazar Buitrago, Consuelo Salazar de Cifuentes, Gabriela Salazar Buitrago, Alba Danery Salazar Buitrago, Jesús María Cifuentes Arcila, José Nicolás Cifuentes Arcila, Carlos Albeiro Cifuentes Arcila, Amalia Cifuentes Arcila, César Augusto Cifuentes Arcila y María Amparo Cifuentes Arcila.

ACLARACIÓN PRELIMINAR: NOTIFICACIÓN AUTO ADMISORIO:

De: **Rocha&Abogados Asociados SAS R&AA SAS** <rochayabogados@gmail.com>
Date: mié, 29 jun 2022 a las 16:29
To: Notificaciones Judiciales <notificajudiciales@keralty.com>

Señores
SANITAS E.P.S.
E.S.D.

RADICADO: 17001310300220220008100
JUZGADO: JUZGADO 2 CIVIL CIRCUITO MANIZALES
REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: MARIA ASCENETH BUITRAGO DE SALAZAR Y OTROS.
DEMANDADOS: E.P.S. SANITAS Y OTROS

LINA SOLEY ROCHA TEJADA, mayor de edad, vecina de Manizales, identificada con C.C. No. 1.053.778.670 de Manizales, portadora de la T.P. No. 267.498 del C.S. de la J.; obrando en representación de los demandantes, según poder adjunto, por medio del presente escrito, conforme a los dispuesto en la Ley 2213 de 22 de 2022, me permito NOTIFICAR auto admisorio de la demanda, y nuevamente dar traslado del escrito de demanda, pruebas y anexos que obran dentro del proceso de la referencia.

https://drive.google.com/drive/folders/1I2LSBPPdhtN3pFHp6HnxrrHy3trL-1Oq?usp=sharing

Debe tenerse en cuenta que en el auto admisorio de la demanda se indicó en el ordinal tercero que la notificación a EPS Sanitas debía realizarse de acuerdo a lo previsto en el artículo 291 y siguientes del Código General del Proceso, situación que no cumplió la parte demandante. No obstante, al habernos enterado del presente asunto por el correo electrónico remitido el 29 de junio pasado, se procede a contestar la demanda. En todo caso, se advierte que el llamamiento en garantía fue presentado el día 12 de julio de 2022.

1. IDENTIFICACIÓN DE EPS SANITAS:

EPS SANITAS S.A.S., fue constituida mediante Escritura Pública No. 3796 del 1º de diciembre de 1994, otorgada en la Notaría 30 del Círculo de Bogotá D. C., inscrita en la Cámara de Comercio de la misma ciudad el 16 de diciembre de 1994, bajo el No. 474089 del Libro IX, con matrícula mercantil No. 00626289 y número de identificación tributaria 800.251.440-6, debidamente autorizada para operar como tal por la Superintendencia Nacional de Salud, todo lo cual consta en certificado de existencia y representación legal expedido por la citada Cámara y en Resolución No. 0981 de diciembre de 1994.

2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA. –Es cierto que la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar estuvo vinculada a EPS Sanitas desde el día 1 de junio de 2018 hasta el 16 de septiembre de 2021, lo anterior, de conformidad con el certificado de afiliación aportado al expediente.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. –No me opongo a dicha pretensión, por cuanto, la prestación de los servicios de salud de los afiliados y beneficiarios de EPS Sanitas se brinda a través de Clínica Ospedale Manizales S.A., en la forma y términos estrictamente acordados entre las partes en virtud de los contratos que se suscriben para tal efecto.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. –Mi representada se opone a esta pretensión, por cuanto la misma no se encuentra dirigida contra EPS Sanitas, pues la misma se halla enfilada contra Clínica Ospedale y el doctor Brahyan Steven López Largo, personas distintas a EPS Sanitas S.A.S.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA. -Mi representada se opone a esta pretensión, por cuanto, analizado el caso no se advierte que se estructuren los elementos que conducen a que se declare la existencia de responsabilidad civil, esto es: (i) un hecho que sea contrario a derecho; (ii) un daño; (iii) una relación de causalidad entre el hecho y el daño, y; (iv) un factor de imputación, presupuestos que deben ser probados de manera individual por la parte actora para que proceda la declaración aquí pretendida.

En este sentido, se informa que mi representada, no puede ser declarada responsable y reconocer los perjuicios aquí reclamados y presuntamente ocasionados como consecuencia del fallecimiento de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA –Mi representada se opone a esta pretensión, por cuanto, analizado el caso no se advierte que se estructuren los elementos que conducen a que se declare la existencia de responsabilidad civil, esto es: (i) un hecho que sea contrario a derecho; (ii) un daño; (iii) una relación de causalidad entre el hecho y el daño, y; (iv) un factor de imputación, presupuestos que deben ser probados de manera individual por la parte actora para que proceda la declaración aquí pretendida.

En este sentido, se informa que mi representada, no puede ser declarada responsable y reconocer los perjuicios morales aquí reclamados y presuntamente ocasionados como consecuencia del fallecimiento de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA – Mi representada se opone a esta pretensión, por cuanto, analizado el caso no se advierte que se estructuren los elementos que conducen a que se declare la existencia de responsabilidad civil, esto es: (i) un hecho que sea contrario a derecho; (ii) un daño; (iii) una relación de causalidad entre el hecho y el daño, y; (iv) un

factor de imputación, presupuestos que deben ser probados de manera individual por la parte actora para que proceda la declaración aquí pretendida.

En este sentido, se informa que mi representada, no puede ser declarada responsable y reconocer la indemnización aquí reclamada y presuntamente ocasionada como consecuencia del fallecimiento de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA – Mi representada se opone a esta pretensión, al no configurarse en el presente caso los elementos que integran la responsabilidad demandada, mi representada no puede ser declarada responsable y reconocer los gastos, costas y honorarios de abogado. Además, no existe fundamento fáctico ni jurídico para declarar una pretensión en este sentido.

3. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO NUMERADO 1.1. -No le consta a mi representada, por cuanto, la situación aquí narrada es una situación ajena al conocimiento de mi representada, en consecuencia, me atengo a lo que se pruebe con las documentales que obran como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 1.2. –Es cierto, de acuerdo al registro civil de nacimiento y defunción aportado con la demanda.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 1.3. –Es cierto que la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar estuvo afiliada a EPS Sanitas desde el 1 de junio de 2018 hasta la fecha de su fallecimiento.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 1.4. –No le consta a mi representada, por cuanto, la situación aquí narrada es una situación ajena al conocimiento de mi representada, en consecuencia, me atengo a lo que se pruebe con las documentales que obran como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 1.5. –No le consta a mi representada, por cuanto, la situación aquí narrada es una situación ajena al conocimiento de mi representada, en consecuencia, me atengo a lo que se pruebe con las documentales que obran como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 1.6. –No le consta a mi representada, por cuanto, la situación aquí narrada es una situación ajena al conocimiento de mi representada, en consecuencia, me atengo a lo que se pruebe con las documentales que obran como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 1.7. –No le consta a mi representada, por cuanto, la situación aquí narrada es una situación ajena al conocimiento de mi representada, en consecuencia, me atengo a lo que se pruebe con las documentales que obran como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.1. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

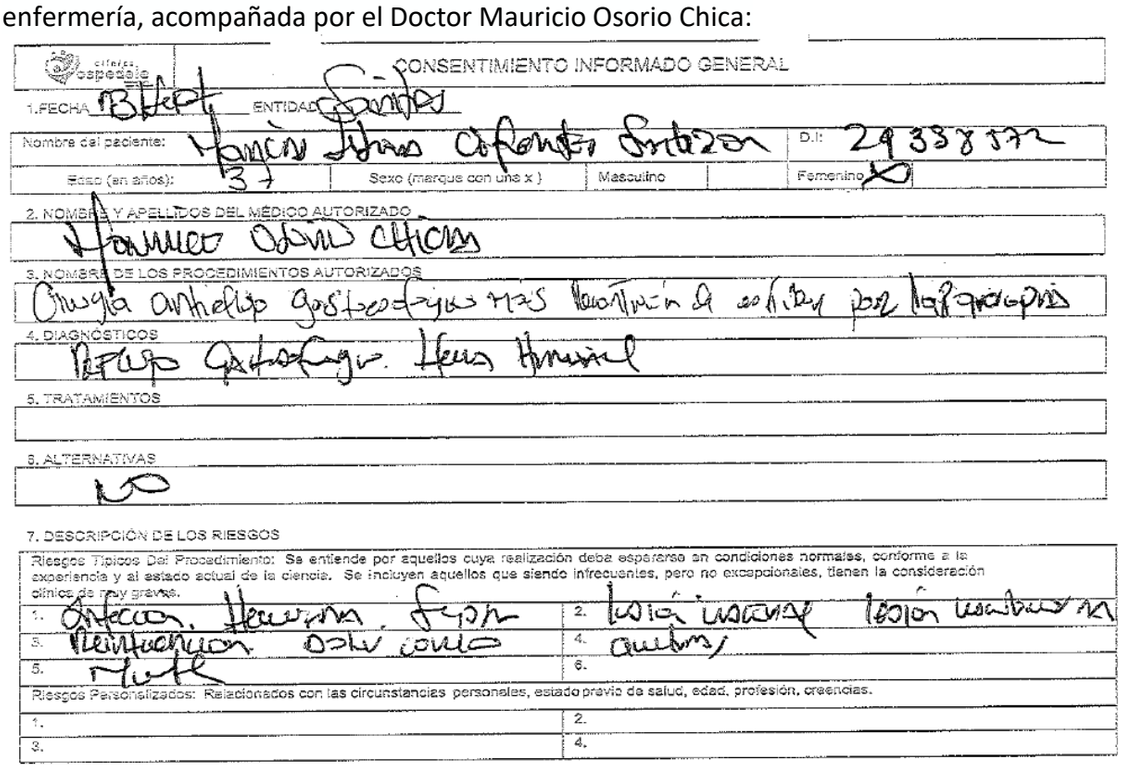
FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.2. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar,

por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda, se determina que a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar la citada cirugía se le realizó de forma programada.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.3. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda que el diligenciamiento del consentimiento informado fue realizado por la auxiliar de enfermería, acompañada por el Doctor Mauricio Osorio Chica:



CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

1.FECHA 13 Sept ENTIDAD Sanitas

Nombre del paciente: Mónica Liliana Cifuentes Salazar D.I: 29338572

Edad (en años): 37 | Sexo (marque con una x) | Masculino | Femenino X

2. NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO AUTORIZADO

Mauricio Osorio Chica

3. NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Cirugía antireflujo gastroesofágico más [illegible] por laparoscopia

4. DIAGNÓSTICOS

Reflujo gastroesofágico. Hernia Hiatal

5. TRATAMIENTOS

6. ALTERNATIVAS

NO

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.

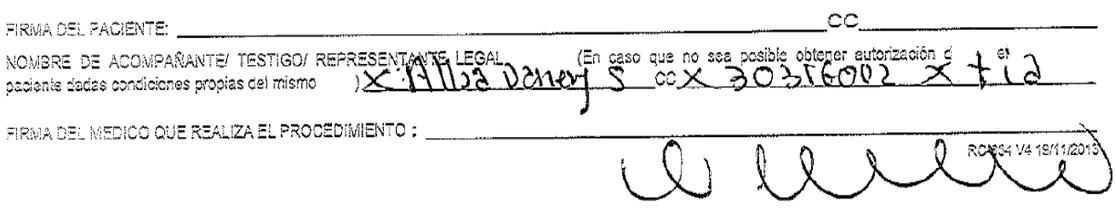
1. Infección. Hemorragia. Fístula	2. Lesión visceral lesión [illegible]
3. Reintervención. Dolor [illegible]	4. [illegible]
5. [illegible]	6.

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

1.	2.
3.	4.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.4. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda el consentimiento informado fue firmado por Alba Danery Salazar Buitrago, identificada con cédula No.30316002, quien se identificó como tía de la paciente, tal como se evidencia en la siguiente imagen:



FIRMA DEL PACIENTE: _____ CC _____

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL (En caso que no sea posible obtener autorización d[illegible] el paciente dadas condiciones propias del mismo) X Alba Danery S CC X 30316002 X tía

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO : _____

RC-364 V4 19/11/2013

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.5. No es un hecho, es una afirmación relacionada con riesgos previsibles y resistibles que se realiza de forma general y no para el presente caso. En

todo caso, dicha afirmación deberá ser demostrada probatoriamente dentro del asunto en estudio.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.6. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda que el equipo de enfermería registró dentro de los cuidados posoperatorios las medidas antiembolicas, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del folio N°136/167

clínica ospedale manizales por tu bien

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes.	CEDULA: 24338 592	EDAD: 37	PESO:	CAMA: 307A
FECHA INGRESO: 13-09-21	GRUPOS SANGUINEO: 0+	ENTIDAD: Sanitas.	C:	B:
ALÉRGICO (SI:) NO:	MEDICAMENTO: Micropore	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO:	MEDIO: BAJO:
DIAGNOSTICO CLÍNICO: PSP cirugía antireflujo gastroesofágico + Reconstrucción de esfinter x Laparoscopia del 13-09-21		DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		
ESPECIALIDAD: Ex General				
DIETA: Líquida no avanzar				

FECHA	LÍQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PENDIENTES DE ENFERMERÍA	RESPONSABLE
13-09-21	Hartman 1500 y 24h	CONTROL DE SIGNOS VITALES PREVENIR CAIDAS: BARANDAS ARRIBA ,LLAMADO DE ENFERMERIA CERCA, CUIDADOS CON ACCESO VENOSO: EVALUAR SI PRESENTA ERITEMA, DOLOR , CALOR LOCAL, CUIDADOS ACCESO VENOSO, POSICION SEMIFOWLER ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDA ANTIESCARAS , MEDIDAS ANTINEUMONIA, ENJUEGUE BUCAL C/8H Y CEPILLADO DE DIENTES CUIDADOS CON PIEL , CONTROL DE DOLOR PROMOVER DEAMBULACION ,ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDAS ANTIEMBOLICAS, ENJUEGUES CON CLORHEXIDINA UTILIZACION ESTRICTA DE LOS 10 CORRECTOS, EVALUAR PATRON RESPIRATORIO , SATURACION DE OXIGENO, VERIFICAR IDENTIFICACION DEL PACIENTE, VERIFICAR MANILLA BIEN DILIGENCIADA Y COMPLETA , TENER TAPABOCAS EN LA HABITACION		Mónica López
14-9-21	Hartman 1500 / 24h			[illegible]
15-9-2	Hartman 1500 / 24h			[illegible]
			Rep paracetamol	

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.7. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda el equipo de enfermería registró dentro de los cuidados posoperatorios las medidas antiembolicas, tal como se evidencia en la siguiente imagen tomada del folio N°136/167

EPS Sanitas

clínica ospedale manizales por tu bien

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: Mónica Liliana Cifuentes.	CEDULA: 24338592	EDAD: 37	PESO:	CAMA: 307A
FECHA INGRESO: 13-09-21	GRUPOS SANGUINEO: 0+	ENTIDAD: Sanitas.	C:	B:
ALÉRGICO (SI:) NO:	MEDICAMENTO: Micropore	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO:	MEDIO: BAJO:
DIAGNOSTICO CLÍNICO: PSP cirugía antireflujo gastroesofágico + Reconstrucción de esfinter x Laparoscopia del 13-09-21		DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:		
ESPECIALIDAD: Ex General				
DIETA: Líquida no avanzar				

FECHA	LÍQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	PENDIENTES DE ENFERMERÍA	RESPONSABLE
13-09-21	Hartmann 1500 y 24h	CONTROL DE SIGNOS VITALES PREVENIR CAIDAS: BARANDAS ARRIBA ,LLAMADO DE ENFERMERIA CERCA, CUIDADOS CON ACCESO VENOSO: EVALUAR SI PRESENTA ERITEMA, DOLOR , CALOR LOCAL, CUIDADOS ACCESO VENOSO, POSICION SEMIFOWLER ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDA ANTIESCARAS , MEDIDAS ANTINEUMONIA, ENJUEGUE BUCAL C/8H Y CEPILLADO DE DIENTES CUIDADOS CON PIEL , CONTROL DE DOLOR PROMOVER DEAMBULACION ,ASISTIR ACTIVIDAD MEDIDAS ANTIEMBOLICAS, ENJUEGUES CON CLORHEXIDINA UTILIZACION ESTRICTA DE LOS 10 CORRECTOS, EVALUAR PATRON RESPIRATORIO , SATURACION DE OXIGENO, VERIFICAR IDENTIFICACION DEL PACIENTE, VERIFICAR MANILLA BIEN DILIGENCIADA Y COMPLETA , TENER TAPABOCAS EN LA HABITACION	Rep paracetamos	Mónica López
14-9-21	Hartmann 1500 / 24h			
15-9-2	Hartmann 1500 / 24h			

CUIDADOS DE ENFERMERIA

CONTROL DE SIGNOS VITALES
POSICIÓN SEMIFOWLER CABECERA A 30º
BARANDAS ELEVADAS
CUIDADOS CON INVASIVOS
CUIDADOS CON PIEL MEDIDAS DE CONFORT Y ANTIESCARAS
ASISTIR ACTIVIDADES

7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** 30403693

CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A
810003245 - 1

RHsClxFch
Pag: 6 de 25
Fecha: 27/09/21
G.etareo: 9

HISTORIA CLÍNICA No. CC 24338592 -- MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR

Empresa: SANITAS PGP 1		**Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1	
Fecha Nacimiento: 18/08/1984	**Edad actual :** 37 AÑOS	**Sexo:** Femenino	**Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono:	8709776	**Dirección:**	CL 29 28 - 27 CAMPOAMOR
Barrio:	SIN IDENTIFICAR	**Departamento:**	CALDAS
Municipio:	MANIZALES	**Ocupacion:**	NO APLICA
Etnia:	Ninguna de las anteriores	**Grupo Etnico:**	
Nivel Educativo:	NINGUNO	**Atención Especial:**	OTROS
Discapacidad:	Multideficit	**Grupo Poblacional:**	NO DEFINIDO

MEDIDAS ANTI EMBOLICAS- ANTINEUMONICAS- ANTIESCARAS
ENJUAGUES ORALES CON CLOREXIDINA + ASEO COMPLETO DE CAVIDAD ORAL
CUIDADOS CON HERIDAS QUIRURGICAS
HIELO LOCAL
VERIFICAR SIGNOS DE SANGRADO O HEMATOMA
VIGILAR ESTADO HEMODINAMICO
VIGILAR SIGNOS DE BAJO GASTO
VIGILAR PATRON RESPIRATORIO
DIETA LIQUIDA NO AVANZAR
AVISAR CAMBIOS

PENDIENTE

SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL
Nota realizada por: MONICA MILENA LOPEZ SANCHEZ Fecha: 13/09/21 18:37:13

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.8. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.9. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar,

por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.10. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.11. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda, específicamente la nota médica del 15 de septiembre de 2021, se advierte que la misma fue realizada por el especialista en cirugía general, doctor Juan Carlos Marín Marmolejo, en la cual se detalló paciente con mejoría clínica, sin nuevos episodios eméticos y con tolerancia a la vía oral por lo cual suspende la administración del antiemético Metoclopramida.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.12. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

En todo caso, la situación aquí narrada constituye una apreciación respecto de la atención brindada a la paciente y de los síntomas que presuntamente presentó la señora Cifuentes.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.13. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.14. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.15. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda la cirugía antirreflujo fue pertinente en virtud del diagnóstico de reflujo gastroesofágico favorecido por una hernia hiatal, la misma se planteó con fines curativos para la patología gastrointestinal y mejoría en la calidad de vida.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.16. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.17. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar,

por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.18. No es un hecho, es una apreciación subjetiva a la cual llega la parte demandante, tesis que deberá ser demostrada al interior del proceso. En todo caso, se advierte que mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.19. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

En todo caso, debe indicarse que en la grabación de voz aportada al expediente no se identifica ni se puede corroborar cuáles son las personas que allí intervienen, frente a las cuales, por demás, debe existir una autorización en donde se permita de forma expresa su aceptación a que fueran grabadas, dada la regulación extensa que existe sobre la ley de protección de datos personales. Por lo tanto, en caso de no existir ningún tipo de autorización dicha prueba no puede ser tenida en cuenta de ninguna forma.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.20. No es un hecho, es una afirmación que se realiza sobre una guía emitida por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. No obstante, dentro de los objetivos y los alcances de la Asociación no se incluye la generación de documentos con carácter legal, además, no es claro cuál es documento técnico en el cual se enmarca el presente hecho, de tal forma no es posible validar la veracidad del mismo.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.21. No es un hecho, es una afirmación que se realiza sobre la Resolución 5261 de 1994. Por lo tanto, mi representada se atiene al contenido de la mencionada Resolución.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.22. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.23. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

No obstante, se aclara que, de los registros de la historia clínica allegados con la demanda, el 15 de septiembre de 2021 a las 23:26 horas se prescribió la administración del medicamento Enoxaparina, tal como se evidencia en la siguiente imagen:

EPS Sanitas

SEDE DE ATENCIÓN:	001	CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A		**Edad :** 37 AÑOS	
FOLIO	**81**	**FECHA** 15/09/2021 23:26:12	**TIPO DE ATENCIÓN**	**HOSPITALIZACION**	

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL, EN DIA 2 POP DE CIRUGIA ANTIREFLUJO (FUNDUPLICATURA NISSEN), RECIBO LLAMADO DE ENFERMERIA POR SATURACION EN 40%, ENCUENTRO PACIENTE TAQUIPNEICA, CON RESPIRACION SUPERFICIAL Y JADEO, PALIDA, SUDOROSA, NORMOTENSA, TAQUICARDICA, A LA AUSCULTACION SIN SOPLOS, SIN AGREGADOS PULMONARES PERO CON HIPOVENTILACION BASAL IZQUIERDA, SE TOMA EKG CON TAQUICARDIA SINUSAL, NO SIGNOS DE ISQUEMIA, NO ARRITMIAS, FC 160, FR 30, TA 130/80, GLUCOMETRIA 116. SE ADMINISTRA BOLO DE LEV, SE INICIA OXIGENO SUPLEMENTARIO POR MASCARA DE NO REINHALACION, SE ALCANZAN METAS DE SATURACION POR ENCIMA DE 90% CON MEJORIA DEL PATRON RESPIRATORIO, POR CUADRO CLINICO SE SOSPECHA TEP, POR ESTADO POP NO SE SOLICITA DIMERO D, ESPERO CONCEPTO DE MEDICINA INTERNA PARA PERTINENCIA DE TOMA DE ANGIOTAC, INICIA ANTICOAGULACION PLENA.

PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS, POBRE PRONOSTICO A LARGO PLAZO, CONSIDERO NO CANDIDATA A REALIZAR MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA.

Evolución realizada por: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO-Fecha: 15/09/21 23:26:15

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	Realizado
1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	

FECHA Y HORA DE APLICACION:16/09/2021 05:06:45 REALIZADO POR: BRAHYAN STEVEN LOPEZ LARGO

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 AMPOLLAS	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO SOLUCION INYECTABLE	INTRAVENOSA	Dosis Unica	NUEVO
2,00	1,00 AMPOLLAS	ENOXAPARINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4 ML	SUBCUTANEA	12 Horas	NUEVO

Ahora, frente a las indicaciones para el uso del medicamento Enoxaparina en el caso de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar se aclara que la tromboprofilaxis es diferente a la anticoagulación, dentro de la tromboprofilaxis se incluyen las medidas antiembolicas.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 2.24. No le consta a mi representada, por cuanto, ésta no realizó la prestación directa del servicio de salud a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica que obra como prueba dentro del expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 3.1. No es un hecho lo relacionado con el presunto sufrimiento padecido por la señora María Asceneth Buitrago de Salazar a causa de la muerte de Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por lo tanto, me atengo a lo que se encuentre probado en el expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 3.2. No es un hecho lo relacionado con el presunto sufrimiento padecido por los demandantes a causa de la muerte de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, por lo tanto, me atengo a lo que se encuentre probado en el expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 3.3. No le consta a mi representada el proceso penal que cursa bajo el radicado No. 20213160068932 en la ciudad de Manizales, por lo tanto, me atengo a lo que se encuentre probado en el expediente.

FRENTE AL HECHO NUMERADO 3.4. Es cierto.

4. EXCEPCIONES DE MÉRITO

Sin que con ello reconozca derecho alguno en favor de las demandantes, propongo las siguientes excepciones de mérito o de fondo:

4.1. DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES DE EPS SANITAS S.A.S.

Se informa a su Despacho que EPS Sanitas S.A.S. no incumplió ninguna de las obligaciones establecidas en la ley, específicamente, las señaladas en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, según las cuales:

"ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley".

En este contexto, se advierte que, en el presente caso, no se verifica el hecho atribuible a mi representada sobre la cual se edifica la responsabilidad endilgada, en la medida que EPS Sanitas, no intervino en la prestación directa del servicio, por el contrario, lo que se observa de los hechos de la demanda, es que el mismo se efectuó directamente a través de la Clínica Ospedale, persona jurídica diferente a mi representada, por lo que su actuar está ceñido por los protocolos de atención y por su autonomía médico científica en la prestación del servicio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 105 de la Ley 1438 de 2011. De manera que EPS Sanitas no está llamada a responder por la actuación autónoma que desplegó tal entidad.

Al respecto, debe reiterarse que mi representada no es responsable, de ninguna manera, por las atenciones en salud que se le brindó a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar en la mencionada IPS, pues se tiene que con base en lo dispuesto en los artículos 177, 178 y 185 de la Ley 100 de 1993, las obligaciones y responsabilidades de cada entidad son totalmente distintas, y la solidaridad no deviene per sé, por el simple hecho de que un paciente esté o no afiliado a EPS Sanitas, sino que se genera del hecho culposo o doloso en que mi representada pudo haber incurrido en comunidad con la IPS, para la producción del supuesto daño.

Además, se observa que, en la demanda, no se hace referencia en qué consiste la conducta que generaría responsabilidad respecto de mi representada, ni las acciones u omisiones imputables a EPS Sanitas que concluirían que mi representada debe responder por los perjuicios reclamados por las demandantes. Por el contrario, tal y como se demostrará, EPS Sanitas ha cumplido de manera adecuada sus obligaciones legalmente establecidas para con sus afiliados, y que en el caso objeto de análisis no le asiste ninguna responsabilidad, por cuanto no fue quien realizó la prestación de los servicios aquí mencionados.

Desde el Aseguramiento (procesos de referencia y autorizaciones) se evidencia cumplimiento de las obligaciones legales derivadas de la relación con la afiliada, garantizando el efectivo acceso a una red de prestadores de servicios de salud habilitada, suficiente y cumplidora de los requisitos legales para su funcionamiento. Así como la generación de las autorizaciones de los servicios de salud requeridos durante el proceso de atención, en la red de instituciones adscrita a la EPS. Dichos servicios fueron autorizados en los momentos en que fueron ordenados por los profesionales tratantes, de manera oportuna y conforme el nivel de atención requerido por la afiliada en cada una de las etapas del proceso de atención.

Al respecto, se tiene las siguientes utilizaciones que se han efectuado por parte de EPS Sanitas en relación con la paciente:

COMPAÑÍA: EPS SANITAS S.A.		**102**
PERIODO: DESDE: 01/06/2018	**HASTA:**	16/09/2021
AFILIACION: 3010-4387147	**FAMILIA:**	**1**
US-1-MONICA LILIANA CIFUENTES SALAZAR	**C.C.**	**24338592**

Nombre Prestador	Fecha	Descripcion
Nombres Prestador	18/05/2019	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	18/05/2019	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	18/05/2019	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	28/05/2021	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	28/05/2021	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A.	28/05/2021	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS

4.2. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURÍDICO IMPUTABLE A EPS SANITAS S.A.S.

Recuérdese que el daño, elemento común de la responsabilidad civil, es el menoscabo o detrimento que como consecuencia de un evento o acontecimiento determinado sufre una persona en sus bienes o intereses que están vinculados con su patrimonio, su personalidad o su esfera espiritual o afectiva. Ahora bien, para que el daño sea resarcible se requiere que sea personal, cierto, directo e injusto, entendido lo primero como la legitimidad para su reclamación, lo segundo como la posibilidad de verificarlo jurídica y materialmente, lo tercero como la consecuencia del hecho contrario a derecho, y lo cuatro como la ausencia de consentimiento.

Dicho lo anterior, se tiene que EPS Sanitas no presta directamente los servicios de salud a sus afiliados, pues su función consiste en garantizar la cobertura económica de los servicios requeridos a través de la contratación de instituciones prestadoras de servicios de salud y los diferentes profesionales de la salud adscritos a su cuadro médico, que son los encargados de prestar la atención a los pacientes.

Para el presente caso, se advierte que las demandantes piden pretensiones indemnizatorias, sin sustentar en que consistió el presunto incumplimiento de las obligaciones de EPS Sanitas o lo que es lo mismo, el hecho atribuible a mi representada sobre la cual se edifica la responsabilidad endilgada, razón por la cual, las presuntas "*fallas*" que se invocan en la demanda y que se alegan de manera indeterminada pudieron haberse presentado en la atención médica, no pueden considerarse constitutivas de responsabilidad en cabeza de mi representada, pues la principal obligación de EPS Sanitas, es facilitar el acceso a los servicios de salud requeridos por los pacientes en una entidad debidamente habilitada para prestar los servicios requeridos, considerando la especialidad y complejidad.

En la práctica, el aseguramiento en salud se concreta principalmente en la expedición de autorizaciones, a través de las cuales las EPS asumen la obligación de pagar los valores correspondientes a las prestaciones asistenciales y, consecuencialmente, efectuar a sus prestadores adscritos, los pagos a que haya lugar una vez los usuarios han recibido los servicios que fueron objeto de autorización.

El diagnóstico, tratamiento y los resultados generados en la atención de Mónica Liliana Cifuentes Salazar, no son un hecho que tengan relación con EPS Sanitas, sino directamente con los profesionales de la salud del prestador del servicio, que según da cuenta la historia clínica obrante en el expediente, se trató de una atención médica adecuada en razón de los signos presentados por la paciente. Así las cosas, requiere probarse que EPS Sanitas fue la entidad que realizó el diagnóstico y tratamiento del paciente, determinó su manejo y que el daño que aquí se indica se originó por la no autorización de los servicios asistenciales que se ofrecen a cargo de este Entidad o por dilación en sus actividades de aseguramiento.

Así las cosas, no se evidencia un daño antijurídico que pueda ser atribuible a mi representada, pues éste responde a aquél que "*la víctima no está en la obligación legal de soportar"* y en el presente caso, no se observa ningún manejo inadecuado ni daño generado a las demandantes por actuar imputable a mi representada.

4.3. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTUAR DESPLEGADO POR EPS SANITAS, LAS ATENCIONES MÉDICO ASISTENCIALES SUMINISTRADAS POR EL PRESTADOR DEMANDADO Y EL RESULTADO OBTENIDO Y RECLAMADO COMO DAÑOSO

Conforme a lo planteado en las excepciones precedentes, es menester concluir que para que se configure la responsabilidad civil, entendida como la obligación de reparar los daños causados a otro, ésta tan solo surge en la medida en que concurran los elementos esenciales: la culpa, el daño y el nexo causal; al punto que, si falta uno sólo de ellos, no surge la obligación de reparar.

El Sistema Jurídico Colombiano, acogió el régimen subjetivo de responsabilidad, en el cual, la simple autoría material del hecho dañino no obliga a indemnizar, sólo se obliga a reparar los daños causados con dolo o culpa, entendiendo ésta última, al decir de los hermanos Mazeaud, como "*un error de conducta en el que no habría incurrido una persona media prudente y diligente situada en las mismas circunstancias externas de tiempo, modo y lugar en que se encontraba el autor del daño".*

Igualmente, es indispensable que el daño alegado sea efecto o resultado de la conducta del demandado, significa esto que cuando el Juez se pregunte ¿quién fue?, ¿a quién le atribuimos el daño?, el acervo probatorio le permita inferir que el causante fue el demandado.

En el presente caso, no existe el elemento culpa, representado como un incumplimiento contractual y legal, y adicionalmente, encontramos que ningún funcionario de EPS Sanitas participó en el proceso de atención en salud brindada a Mónica Liliana Cifuentes Salazar en la IPS demandada, no realizó su diagnóstico, emitió las órdenes médicas, ni tomó decisiones respecto a su tratamiento, ni participó en los procedimientos quirúrgicos, es decir, ningún funcionario, representante o colaborador de EPS Sanitas participó ni tuvo injerencia en el proceso de atención en salud desarrollado en la IPS, de la cual se queja la parte actora.

Así las cosas, respecto a mi representada no se materializan los tres elementos de responsabilidad: El daño, la culpa y el nexo causal y sin ellos, no se puede declarar su ocurrencia respecto de mi prohijada.

Conforme a lo anterior, el Despacho deberá analizar de manera individual la presunta responsabilidad de cada una de las demandadas, esta defensa es contundente en advertir que EPS Sanitas no incurrió en responsabilidad alguna, pues no se puede establecer el nexo causal entre las actuaciones médicas y el resultado reclamado como dañoso, dado que este se dio como consecuencia de la evolución y complejidad de la patología.

4.4. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD

Como se observa su señoría, las responsabilidades de la EPS, son las de asegurar que el paciente pueda acceder a los servicios de salud, cumpliendo los requisitos establecidos en el Decreto 1011 de 2006, es decir, garantizando la accesibilidad, la oportunidad, la pertinencia, la seguridad y la continuidad de los servicios médicos, todo lo cual ocurrió, en todos los servicios que le fueron prestados a Mónica Liliana Cifuentes Salazar.

Ahora bien, respecto de la solidaridad, debe señalarse que esta deviene única y exclusivamente de haber cometido actuación delictual o culposa por parte de mi representada, tal y como lo dispone el artículo 2344 del Código Civil, según el cual:

> *"ARTICULO 2344. <RESPONSABILIDAD SOLIDARIA>. Si de un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvas las excepciones de los artículos 2350 y 2355.*
>
> *Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso".*

Así mismo, es preciso indicar que sólo podrá declararse la solidaridad respecto a EPS Sanitas si se presenta una fuente clara para su configuración, como quiera que de acuerdo con el ordenamiento jurídico sólo existe solidaridad por virtud de la ley, convención o testamento. En ese sentido, el artículo 1568 del Código Civil Señala:

> *"Artículo 1568.- **Definición de obligaciones solidarias**. - En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito. Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum. La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley."*

En el caso que nos ocupa, la solidaridad se predicaría de los diferentes deudores si se tratase de una obligación que revistiera estas características, no obstante, la prestación médico – asistencial de los servicios de salud suministrados a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar, no implican para EPS Sanitas la calidad de deudora, como quiera que ésta no prestó el servicio directamente, por lo tanto el daño alegado y supuesto cumplimiento defectuoso de las obligaciones no le corresponde, en cuanto, no realizó el diagnóstico ni brindó la atención médico asistencial, sino que ésta se llevó a cabo a través del personal médico y asistencial de la IPS acá demandada.

Debe tenerse claro que ninguna disposición legal indica que EPS Sanitas tiene una obligación solidaria con las IPS, ni muchos menos con los profesionales de la salud, cada una de las Instituciones tiene unas obligaciones que debe cumplir, y ni la EPS debe responder por las obligaciones de prestación del servicio de la IPS, ni ésta debe asumir las obligaciones de aseguramiento que son propias de la EPS.

4.5. INDEBIDA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS PRETENDIDOS

Perjuicios Morales:

El daño moral es *"el precio del dolor y ocasiona el sufrimiento de la víctima o perjudicado"*[1] y *"la fijación del quantum de la respectiva indemnización depende de la intensidad del dolor sufrido por la víctima"*[2], sin embargo, la jurisprudencia ha destacado que no existen pruebas objetivas que puedan medir la existencia de esta clase de perjuicios, e incluso en algunos

[1] Arrubla Paucar, Jaime Alberto. Contratos Mercantiles. Tomo I. Ed. Dike. 2007. Pág. 393.
[2] STC21828-2017

casos, como el fallecimiento de una persona[3], las lesiones personales[4] o la afectación al buen nombre[5], ha establecido una presunción de hecho.

Al respecto, debe indicarse que los demandantes se limitaron a fijar el *quantum* de los perjuicios morales, sin consignar explicación alguna y sin ni siquiera reparar en los montos que ha reconocido la jurisprudencia Civil para aquéllos casos en los cuales se impone la reparación, a saber:

1	Mayo 5 de 1999: Señala en diez millones de pesos ($10.000.000) la cantidad máxima que se ofrecía como justa para paliar en alguna forma el dolor sufrido.
2	Septiembre 7 de 2001: CSJ condenó al pago de quince millones de pesos ($15.000.000) por perjuicios morales. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Septiembre 7 de 2001. Expediente 6171. Magistrado ponente: Silvio Fernando Trejos Bueno.
3	Junio 30 de 2005: Reconoce a una hija una indemnización por concepto de perjuicio moral sufrido con ocasión de la muerte de la madre, de $20'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Junio 30 de 2005. Expediente: 68001-3103-005-1998-00650.01. Magistrado ponente: Jaime Alberto Arrubla Paucar.
4	Enero 20 de 2009: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de $40'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Enero 20 de 2009. Expediente: 170013103005-1993-00215-01. Magistrado ponente: Pedro Octavio Munar Cadena.
5	Noviembre 17 de 2011: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de $53'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Noviembre 17 de 2011. Expediente: 11001-3103-018-1999-00533-01. Magistrado ponente: William Namén Vargas.
6	Agosto 8 de 2013: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de $55.000.000 a una hija por la muerte de su padre. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Agosto 08 de 2013. Expediente: 11001-3103-003-2001-01402-01. Magistrado ponente: Ruth Marina Díaz Rueda.
7	Agosto 24 de 2017: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de sesenta millones de pesos ($ 60.000.000). Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC13925-2016, radicación 2005-00174-01.

En efecto y sin que el planteamiento de la presente excepción implique un reconocimiento del supuesto daño causado, respetuosamente se considera que, las demandantes señalaron sin fundamento alguno la suma de $717.600.000, omitiendo probar su afectación desde el punto moral, por cuanto ésta no puede sólo presumirse, sino que debe probarse, pues de la simple relación filial, consanguínea o de afinidad con el paciente no predica *per se* un daño moral. Cosa que evidentemente en el caso sub examine no se prueba puesto que no existe prueba siquiera sumaria que demuestre la supuesta la aflicción u ofensa que se les causó a las hoy demandantes los procedimientos médicos y el deceso de la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar.

[3] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. 5 de agosto de 2014. Radicación: Exp. No. 2003-00660-01. Magistrado Ponente: Ariel Salazar Ramírez.
[4] Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 6 de mayo de 2016, radicación: 54001-31-03-004-2004-00032-1 Magistrado Ponente: Luis Armando Tolosa Villabona.
[5] Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 5 de agosto de 2014, radicación: 11001310300320030066001,Magistrado Ponente: Ariel Salazar Ramírez.

Además, debe indicarse que no se encuentra relación de causalidad entre el fallecimiento de la señora Cifuentes y la actuación desplegada por EPS Sanitas. Por lo anterior esta pretensión, señor Juez se debe denegar.

De esta manera, es concluyente que las peticiones de las demandantes, desbordan toda lógica y proporción respecto de los hechos de los cuales pretende indemnización. En consecuencia, se rechaza, por parte de esta defensa, los supuestos perjuicios morales causados a los demandantes, dado que no existen las condiciones para realizar un juicio de imputación ante la falta de presupuestos de responsabilidad.

4.6. EXCEPCIÓN GENÉRICA:

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, en virtud de la cual deberán declararse probadas las excepciones que, no habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

5. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En escrito separado, con observancia de los preceptos establecidos en el Código General del Proceso, se presentó llamamiento en garantía a La Equidad Seguros, en virtud de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales de la cual es asegurada EPS Sanitas S.A.S.

6. PRUEBAS

Solcito a su señoría se practiquen y se tengas como pruebas las siguientes:

6.1. PRUEBAS DOCUMENTALES:

- Utilización de servicios (Archivo Excel).

6.2. INTERROGATORIO DE PARTE:

6.2.1. Solicito al Despacho se sirva hacer comparecer a las demandantes para que absuelvan el interrogatorio de parte que les formularé frente a los hechos que se narran en la demanda y en la presente contestación. Los convocados podrán citarse a través de su apoderado en la dirección referida en la demanda, esto es, calle 24 # 21 – 30 piso 9 Edificio BCH de Manizales y a los correos electrónicos: rochayabogados@gmail.com y linasol07@msn.com

El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y de manera previa a la fecha fijada para su realización, reservándome, en todo caso, el derecho a formularlo de manera oral el día estipulado para la audiencia de rigor o a retirarlo.

6.3. PRUEBA TESTIMONIAL:

Con el fin de aclarar y dar las explicaciones pertinentes sobre los protocolos y la atención médica brindada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar y las circunstancias que mediaron en su atención en la IPS accionada según se acredita en la Historia Clínica allegada

a estas diligencias, solicito al señor Juez que señale fecha y hora para la recepción del testimonio de:

6.3.1. Claudia Patricia González. Auditora médica. Dirección de Auditoría de Calidad y Mejoramiento de Gerencia de Auditoria Médica de EPS Sanitas, quien declara, además de lo enunciado preliminarmente en este acápite, sobre la atención médica dispensada a la señora Mónica Liliana Cifuentes Salazar. Dentro de dicha declaración también se realizan preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La Doctora González podrá ubicarse en la calle 100 No. 11B-67 de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico claudipgonzalez@epssanitas.com

PRUEBAS APORTADAS POR LA PARTE ACTORA

La parte demandante aporta como prueba documental la denominada: "*Grabación donde participa la tía de la causante Gabriela Salazar Buitrago y el galeno tratante BRAHYAN STEVEN LÓPEZ LARGO".* No obstante, se solicita atentamente a su señoría no tener en cuenta dicha prueba, dado que desde ya la misma se desconoce, pues para EPS Sanitas no es certero afirmar que dicha grabación hubiere sido realizada entre las personas aquí mencionadas y que la misma hubiere tenido su autorización. De modo que deberá ser analizada la presente petición a la luz de las normas constitucionales y legales que rigen particularmente la protección de datos personales y el derecho a la intimidad.

7. ANEXOS

7.1. Se anexan los documentos relacionados en el acápite probatorio.

7.2. Copia del certificado de existencia y representación de EPS SANITAS S.A.S.

8. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES DE LA PARTE DEMANDADA

EPS Sanitas S.A.S. recibe notificaciones en la Calle 100 No 11b- 67 piso 3 – Central Jurídica de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos: impaez@keralty.com y notificajudiciales@keralty.com

Cordialmente,

IVÁN MAURICIO PÁEZ SIERRA
C.C. N° 1.054.092.690 de Villa de Leyva
T.P. N° 260.596 del C. S de la J.
impaez@keralty.com
3219152582