

 Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia	PROCESO: GESTION DOCUMENTAL	CÓDIGO: CSJCF-GD-F04	
	ACUSE DE RECIBIDO: ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS	VERSIÓN: 2	

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales En Apoyo a los Juzgados Laborales del Circuito de Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Lunes 27 de Marzo del 2023

HORA: 8:42:48 am

Se ha registrado en el sistema, la carga de 3 archivos suscritos a nombre de; CLINICA OSPEDALE MANIZALES, con el radicado; 202200184, correo electrónico registrado; juridico@clinicaospedalemanizales.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, (606) 8879620 ext. 11611

Archivos Cargados
CONTESTALLAMAMIENTOYANEXOS.pdf
OFICIODEREMISIONPREVIA.pdf
TESTIGODENOTFICACION.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20230327084255-RJC-22899

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'

Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas

csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600

Manizales, Caldas

marzo 2023

HONORABLE

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO MANIZALES, CALDAS

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL

DEMANDANTE: CLEIDERMAN RAMIREZ ARANGO Y OTROS

DEMANDADO: CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A.

*LLAMADO EN GARANTIA: SALUD TOTAL EPS-S S.A., CLÍNICA OSPEDALE
MANIZALES S.A Y OTROS*

RADICACIÓN: 17-001-003-002-2022-00184-00

CONTESTACION DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

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 juridico@clinicaospedalemanizales.com.co tal y como consta en el poder general a mí debidamente conferido para actuar y que aporte con este escrito, así como en el certificado de existencia y representación, respetuosamente procedo a presentar CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA, dentro del proceso de la referencia y proponer excepciones, en los siguientes términos:

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS FUNDAMENTOS FÁCTICOS

AL HECHO PRIMERO, NO ES UN HECHO: Es una apreciación de la parte actora que versa sobre una manifestación que no es objeto del presente litigio y en razón a ello no merece una manifestación extensa de mi representada ante circunstancia que son claras conforme a la normatividad vigente en el SGSSS.

AL HECHO SEGUNDO, ES CIERTO sin embargo me permito manifestar: Se encuentra acreditado en el contrato adjunto por la parte llamante, situación

que no implica tampoco responsabilidad alguna por parte de mi representada pues la EPS debe garantizar una red externa que garantice el acceso a los afiliados, responsabilidad que la ley y la jurisprudencia ha dejado con suficiencia claro, es responsabilidad de las EPS.

De conformidad al artículo 177 de la ley 100 de 1993 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 ES 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 Ley.

ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación 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.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

En este sentido, la Ley 1122 del 2007 ratifica la responsabilidad de las EPS, como asegurador, de la gestión y coordinación para la prestación del servicio de salud y define en su artículo 14: Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior, exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento. (...)

A contrario sensu, las instituciones prestadoras de salud brindan los servicios de salud a afiliados y beneficiarios de las eps (aseguradoras), acción que fue cumplida a cabalidad por mi representada en el presente proceso.

AL HECHO TERCERO, NO ES CIERTO: la parte actora realiza una manifestación errónea pues la cláusula cuarta no menciona la vigencia o terminación del contrato que presenta el llamante. **onus probandi incumbit actori**

AL HECHO CUARTO, NO SE ACEPTA COMO HECHO, La parte llamante realiza una transcripción incompleta de una de las cláusulas del contrato adjunto en su llamamiento, situación que no implica tampoco responsabilidad alguna por parte de mi representada pues la EPS debe garantizar una red externa que garantice el acceso a los afiliados, responsabilidad que la ley y la jurisprudencia ha dejado con suficiencia claro, es responsabilidad de las EPS. La EPS no puede excusarse en un contrato de prestación de servicios con un tercero para no cumplir con sus obligaciones de seguimiento y control, no puede excusarse por la prestación de un servicio eficiencia y con calidad a sus afiliados, las partes dentro del litigio

son responsables de su defensa y conforme a las pruebas que se practiquen y lo que se logre probar o no, y finalmente conforme a un fallo se decidirá sobre la responsabilidad solidaria o individual de las partes en el hipotético evento de una sentencia condenatoria, así como las sanciones en agencias y costas procesales para la parte vencida.

AL HECHO QUINTO, NO ES CIERTO COMO SE ENCUENTRA REDACTADO

cuando la apoderada de la parte llamante afirma que “en el mes julio 2019 y siguientes” pues no es clara respecto a la redacción del hecho cuando afirma erradamente “siguientes” pues tal y como obra en las historias Clínicas del menor, no fue solo atendido en la Clínica Ospedale Manizales sino en otras IPS que no fueron vinculadas al presente proceso.

AL HECHO SEXTO, NO ES CIERTO COMO SE ENCUENTRA REDACTADO

cuando la apoderada de la parte llamante afirma que “en el mes julio 2019 y siguientes” pues no es clara respecto a la redacción del hecho cuando afirma erradamente “siguientes” pues tal y como obra en las historias Clínicas del menor, no fue solo atendido en la Clínica Ospedale Manizales sino en otras IPS que no fueron vinculadas al presente proceso.

AL HECHO SEPTIMO, NO ES CIERTO, la EPS presto servicios dentro de sus competencias como asegurador del afiliado, y como tal, la Ley 1122 del 2007 ratifica la responsabilidad de las EPS, como asegurador, de la gestión y coordinación para la prestación del servicio de salud y define en su artículo 14: Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior, exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. Por lo anterior su señoría, no es plausible la excusa de la parte actora de no haber prestado los servicios de salud, pues conforme a la legislación y jurisprudencia ha quedado suficientemente claro que es la EPS quien debe garantizar la prestación del servicio en su red prestadora y conforme a los

atributos de calidad que le competen y de los cuales debe supervisar y vigilar su bien y buen cumplimiento, no solo ser un intermediario sino realmente cumplir con su función en el sistema general de seguridad social en salud de manera integral.

Según el artículo 177 de la ley 100 de 1993: 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 (...)"

Se reitera sobre lo innecesario y dilatador del proceso y de la administración de justicia el presente llamamiento en garantía, dentro un proceso donde ya obra como parte mi representada y en el cual ya se dio al correspondiente contestación de la demanda principal, la relación material o sustancial que se busca con el llamamiento en garantía, es el ejercicio de un derecho subjetivo que realiza la EPS SALUDTOTAL en contra de mi representada y por demás, el señor juez en el control judicial del proceso ha de decidir sin necesidad del presente llamamiento, pues como ya se indicó, mi representada ya es parte de la litis

RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DE LA PARTE LLAMANTE EN GARANTIA:

Objetamos y nos oponemos a las pretensiones declarativas que propone la parte llamante en este proceso, si bien es clara la existencia del contrato, las atenciones médicas fueron las adecuadas conforme a la normativa y protocolos, guías institucionales y nacionales y conforme a la lex artis en consecuencia ante tal inexistencia de responsabilidad, el presente llamamiento es ineficaz por cuanto no existió culpa atribuible a mi representada.

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 o de la EPS SALUDTOTAL, 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 y se probara a lo largo del proceso.

RESPECTO DE LAS PRETENSIONES EN CASO DE NO DECLARAR RESPONSABILIDAD:

1.- En caso de que se declare la inexistencia de responsabilidad administrativa por parte de mi representada y de la llamante en garantía en el proceso referenciado, solicito que la condena en costas y agencias en derecho ordenadas en virtud del presente llamamiento en garantía se declaren con cargo a la parte demandante dada la no prosperidad de sus pretensiones y la causalidad de la formulación de este llamamiento con la formulación de dichas pretensiones.

EXCEPCIONES DE FONDO O MÉRITO:

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

INEPTITUD DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Se menciona esta excepción en el sentido que es innecesario y dilatador del proceso y de la administración de justicia el presente llamamiento en garantía, dentro un proceso donde ya obra como parte mi representada y en el cual ya se dio al correspondiente contestación de la demanda principal, la relación material o sustancial que se busca con el llamamiento en garantía, es el ejercicio de un derecho subjetivo que realiza la EPS SALUDTOTAL en

contra de mi representada y por demás, el señor juez en el control judicial del proceso ha de decidir sin necesidad del presente llamamiento, pues como ya se indicó, mi representada ya es parte de la litis, y sería innecesario entonces, que mi representada también realice llamamiento a la EPS por los mismos fundamentos contractuales y legales conforme al art 64 del CGP, responsabilidad contractual y legal en cabeza de la EPS SALUDTOTAL ya demandada en el proceso.

EXCEPCIONES DE MÉRITO LA LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

La legitimación en la causa por el lado activo es la identidad del demandante con el titular del derecho subjetivo, es decir, con quien tiene vocación jurídica para reclamarlo y, por el lado pasivo, es la identidad del demandado con quien tiene el deber correlativo de satisfacer el derecho. La legitimación es, por lo tanto, un presupuesto material de la sentencia de mérito favorable al demandante o al demandado.

Con relación al tema de la legitimación en la causa, la sección segunda del Honorable Consejo de Estado, en sentencia del 25 de marzo de 2010 expediente

05001-23-31-000-2000-02571-01 (1275-08), M.P. Dr. Gustavo Eduardo Gómez

Aranguren, sostuvo:

En reciente jurisprudencia, esta Corporación ha manifestado en cuanto a la legitimación en la causa, que la misma no es constitutiva de excepción de fondo sino que se trata de un presupuesto necesario para proferir sentencia de mérito favorable bien a las pretensiones del demandante, bien a las excepciones propuestas por el demandado. Así mismo, ha diferenciado entre la legitimación de hecho y la legitimación material en la causa, siendo la legitimación en la causa de hecho la relación procesal existente entre demandante legitimado en la causa de hecho por activa y demandado legitimado en la causa de hecho por pasiva y nacida con la presentación de la demanda y con la notificación del auto admisorio de la misma quien asumirá la posición de demandado; dicha vertiente de la legitimación procesal se traduce en facultar a los sujetos litigiosos para intervenir en el

trámite del plenario y para ejercer sus derechos de defensa y de contradicción; la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra.

De los anteriores elementos, queda claro que la falta de legitimación en la causa no es una excepción de fondo, sino una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable, sea al demandante o al demandado, la cual no sacrifica la pretensión procesal en su contenido. Razón por la cual ésta por regla general debe ser resuelta en la sentencia.

INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN AL NO EXISTIR RESPONSABILIDAD IMPUTABLE DE LA CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A:

De conformidad con las excepciones de fondo formuladas a la demanda instaurada, que se refieren a la inexistencia de omisión y del nexo causal; la cuales, determinan la inexistencia de responsabilidad por parte de la CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A., debemos manifestar en la presente contestación de llamamiento en garantía, que no es posible ejercer condena alguna sobre el asegurado, por cuanto este no fue culpable de las reclamaciones hechas por los accionantes.

No existe entonces obligación derivada del presunto contrato por el llamamiento realizado por la parte llamante en garantía a mi representada, toda vez que el llamado en garantía CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A no es culpable de los hechos investigados a través del presente proceso. Elemento de la responsabilidad que es indispensable para que sea viable

alguna condena en virtud del llamamiento en garantía, porque de no existir la mencionada responsabilidad no es posible llegar a condena alguna sobre la CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A de la cual mi representada no es RESPONSABLE DEL PERJUICIO QUE DICE LA EPS SALUDTOTAL Y LA PARTE DEMANDANTE, se le causó al demandante

INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS 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 pues está claro que al menor KEVIN SANTIAGO RAMIREZ se le presto y garantizo de la mejor manera y en cumplimiento de protocolos las atenciones que estimara el personal médico más beneficiosa para su salud y vida.

INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA

De los argumentos presentados anteriormente, se desprende la inexistencia de la obligación indemnizatoria solicitada por la EPS SALUDTOTAL en el escrito del llamamiento en garantía. 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, 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 y de la EPS SALUDTOTAL en el evento hipotético de una sentencia desfavorable sumado a que mi representada llamo en garantía la correspondiente aseguradora que expidió la póliza de

responsabilidad civil médica a favor de la entidad que represento y quien se encuentra como llamada en garantía.

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 llamante en garantía, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos, científicos y jurídicos que sustenten el acceso del llamante en garantía a las pretensiones del llamado.

INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A Y LA EPS SALUDTOTAL

En la sentencia de la Corte Suprema de Justicia SC13925-2016 Radicación N° 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; 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 (...)"

RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN EL SERVICIO DE SALUD

de conformidad al artículo 177 de la ley 100 de 1993 las Entidades Promotora 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 ES 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 Ley, y de cumplir las siguientes funciones:

ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación 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.
- 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.**
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

En este sentido, la Ley 1122 del 2007 ratifica la responsabilidad de las EPS, como asegurador, de la gestión y coordinación para la prestación del servicio de salud y define en su artículo 14:

Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior, exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento. (...)

A CONTRARIO SENSU, LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD BRINDAN LOS SERVICIOS DE SALUD A AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DE LAS EPS (ASEGURADORAS), ACCIÓN QUE FUE CUMPLIDA A CABALIDAD POR MI REPRESENTADA EN EL PRESENTE CASO.

El artículo 185 de la ley 100 de 1993 dice: “ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá

cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud”.

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. El artículo 282 del Código General de Proceso es claro y expreso en señalar que de manera discrecional cuando se hallen probados hechos que configuren una excepción, el Juez podrá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las que conciernen a prescripción del derecho, compensación y nulidad relativa que deberán alegarse en la debida contestación de la demanda. Lo anterior, bajo el siguiente contenido normativo: 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. Con base en la norma transcrita, solicito al señor juez reconocer oficiosamente los hechos y por ende excepciones que llegare a considerar como necesarias para proteger la efectiva y real protección de los derechos que les reviste a los sujetos procesales que integran el contradictorio.

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. TESTIMONIAL

Me reservo el derecho de interrogar y/o contrainterrogar a todos los testigos y/o demandantes que dentro del proceso se puedan presentar

III. 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.

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 SALUDTOTAL EPS Y DEL REPRESENTANTE DE CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A** que acuda a la AUDIENCIA, para que absuelva interrogatorio de parte sobre los hechos del llamamiento en garantía 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, incluyendo testigos técnicos y/o peritos, 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.- Las aportadas por el llamante en garantía SALUDTOTAL EPS en lo que sea favorable a mi representada CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A
- 2.- Literatura medica sobre el objeto del litigio

- Commentary & Perspective
- Radial Neck Fractures in Children and Adolescents- An Examination of Operative and Nonoperative Treatment and Outcomes
- Radial neck fractures in children- experience from two level-1 trauma centers
- Surgical Management of Pediatric Radial Neck Fractures

SOLICITUD

1.- Se absuelva a **CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A** de cada una de las pretensiones del llamamiento en garantía, 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 del llamamiento en garantía, 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 del llamamiento en garantía, dada la responsabilidad individual y la inexistencia de solidaridad.

4.- Se condene en costas y agencias en derecho a SALUDTOTAL EPS 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.

Clínica Ospedale Manizales S.A Nit 810003245-1

Sede principal: Cra 24 No 51-02 Manizales, Caldas | 887 9100

Dpto. Jurídico: Correo Electrónico: juridico@clinicaospedalemanizales.com.co Teléfono móvil: 3148223501

ANEXOS:

1. Los indicados en el acápite de pruebas.
2. 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
3. Certificado de existencia y representación legal de CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A
4. Fotocopia cedula de ciudadanía del suscrito abogado
5. Fotocopia tarjeta profesional del suscrito abogado

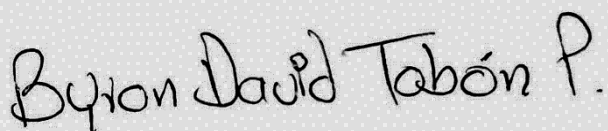
NOTIFICACIONES.

Atenderé notificaciones tanto las personales como las de mi poderdante en el correo electrónico juridico@clinicaospedalemanizales.com.co y tobondavid31@gmail.com; o en la sede de la **CLINICA OSPEDALE MANIZALES** en Manizales, Caldas en la dirección Carrera 24 No 51-02 tercer piso oficina juridica.

Al LLAMANTE EN GARANTIA: en las direcciones de notificaciones las cuales se encuentran en el escrito de la demanda

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

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: juridico@clinicaospedalemanizales.com.co y tobondavid31@gmail.com

Radial Neck Fractures in Children and Adolescents: An Examination of Operative and Nonoperative Treatment and Outcomes

Camila B. De Mattos, MD, David E. Ramski, MD, Indranil V. Kushare, MBBS, DNB, Chanika Angsanuntsukh, MD, and John M. Flynn, MD

Background: Although most pediatric radial neck fractures can be treated with either immobilization alone or closed reduction and immobilization, a small subset result in permanent loss of motion despite surgical management. We sought to characterize the most problematic fractures and correlate final outcomes with both presenting fracture characteristics and the reduction achieved through surgical intervention.

Methods: One hundred ninety-three consecutive children with a radial neck fracture, satisfactory initial treatment data, and follow-up range-of-motion (ROM) data presenting between 1999 and 2012 to our level 1 trauma center were evaluated. The O'Brien classification was used to evaluate angulation on radiographs. Final ROM outcomes were categorized into excellent, good, fair, and poor. ROM data were not used in the operative group if follow-up was < 12 weeks (< 6 wk in the nonoperative group) or if there was no follow-up after cast removal.

Results: Thirteen percent of all patients presenting with radial neck fractures required operative treatment (average age 9.1 y). Of patients treated operatively with adequate ROM data, 26.4% healed with fair or poor outcomes. Patients requiring open management were of older average age (average 10 y old, $P = 0.02$) and had a significantly greater risk of a fair or poor ROM outcome than those treated with closed operative techniques ($P = 0.02$). Patients treated nonoperatively were of a younger average age than those in the operative cohort (8.2 vs. 9.1 y, $P = 0.03$). Patients treated operatively were more likely to develop complications ($P = 0.004$); however, presence of a complication was not predictive of fair or poor outcomes in either the operative ($P = 0.117$) or nonoperative ($P = 0.264$) groups.

Conclusions: Older children are more likely to have more severely displaced radial neck fractures requiring open surgical management, thus resulting in a greater risk of fair or poor outcomes. In the series as a whole, more complications were seen when operative management was required. Final outcomes were not shown to be significantly related to preoperative dis-

placement, postoperative reduction, presence of associated injuries, energy of injury, or treatment complications.

Levels of Evidence: Level III—therapeutic.

Key Words: pediatric, adolescent, radius, radial neck, fracture

(*J Pediatr Orthop* 2016;36:6–12)

Pediatric radial neck fractures are a common injury and comprise up to 5% to 10% of pediatric elbow fractures.^{1–4} There is considerable controversy regarding ideal treatment modalities and acceptability of displacement to achieve optimal radiologic and functional outcomes.^{4,5} There are various algorithms^{4,6} and numerous techniques reported in the literature for the management of displaced radial neck fractures.⁷ Although most pediatric radial neck fractures can be treated with either immobilization alone or closed reduction and immobilization,^{6–8} a small subset result in permanent loss of motion and other complications despite surgical management. The goal of our analysis was 2-fold. First, we sought to examine the patient population to establish rates of nonoperative treatment and operative treatment; such epidemiological data have yet to be established in the literature to our knowledge. The second goal was to identify any injury or demographic trends associated with treatment strategy and correlate final outcomes with both presenting fracture characteristics and quality of reduction.

METHODS

A retrospective analysis of consecutive patients treated for radial neck fractures from January 1999 to January 2012 at a level 1 tertiary care pediatric hospital was conducted using a computerized database. Patients were included for analysis if any of the elbow epiphyseal growth plates were open at the time of injury and if a fracture of the radial neck/head was diagnosed after evaluation of elbow radiographs. Patients were excluded if there was insufficient radiographic or follow-up documentation. Initial injury films were required to measure displacement and document associated injuries; follow-up films were required for inclusion if indicated by the clinician.

From the Department of Orthopaedic Surgery, The Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, PA.

There are no relevant financial sources of support to acknowledge.

The authors declare no conflicts of interest.

Reprints: John M. Flynn, MD, Department of Orthopaedic Surgery, The Children's Hospital of Philadelphia, 3400 Civic Center Boulevard, Wood Building, 2nd Floor, Philadelphia, PA 19104. E-mail: flynnj@email.chop.edu.

Copyright © 2015 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Complete follow-up was defined as exhibiting full radiographic healing, achieving full, painless range of motion (ROM), or having reached a plateau in recovery. In the operative group, ROM data were not used for analysis if follow-up was < 12 weeks or if the patient did not return after cast removal. In the nonoperative group, ROM data were not used if the patient was a “no-show” for follow-up before the 6-week mark, if the patient was released from care in ≤ 6 weeks with ROM deficits, or if the patient did not return after cast removal. However, other injury and treatment details for these patients were still considered for analysis, mostly for epidemiological purposes. The O’Brien classification was used to evaluate angulation on radiographs where applicable (Table 1).¹⁰ Specifically, fractures displaced < 30 degrees were rated as type I, between 30 and 60 degrees displacement as type II, and displaced > 60 degrees as type III. The classification system used by Leung and Peterson⁹ in their study, based on the functional arc of elbow motion and pain, was used to grade ROM outcomes (Table 1).

Data collected included age, sex, time from injury to treatment, mechanism of injury, presence/type of associated injury, treatment modality, reasons for treatment failure, ROM and pain at final follow-up, complications, and displacement on anteroposterior and lateral pre-reduction and postreduction radiographs where applicable. All radiograph measurements were done by the same author (C.A.) to avoid any interobserver error. If any radiographic measurements were unclear, radiographs were reviewed with the senior author before definitive ratings were recorded. Radial neck fractures in the setting of other injuries were included if the fractures were treated as separate entities.

Statistical analysis included Fisher exact test and 2-tailed Student *t* test assuming unequal variance for comparison of groups according to average age, fracture displacement, energy of injury, treatment types, and ROM outcomes.

RESULTS

A total of 28,091 patients presented to our tertiary pediatric trauma center from 1999 to 2012 with upper extremity fractures. Of these patients, 7635 (26%) had elbow fractures. A total of 756 (2.7% of all upper extremity fractures) consecutive patients were treated for radial neck fractures, 656 (87%) of which were treated with immobilization alone or with closed reduction and casting; the remaining 100 (13%) required operative treatment (Fig. 1). Adequate radiographs and follow-up data for statistical analysis was available for 239 nonoperative patients and 68 operative patients, with sufficient posttreatment ROM outcome data available for 140 nonoperatively treated patients and 53 operatively treated patients.

Operative Group

The average age for the operative group was 9.1 years (range, 2.1 to 16.1 y, median 8.9 y); the mean follow-up time was 27 weeks (range, 3 to 156 wk) for all patients

regardless of cutoff times for adequate ROM data. The mean time from injury to treatment was 2 days (range, 0 to 7 d). All patients who proceeded to operative treatment had initial attempts at closed reduction in the emergency room, operating room, or both, with the exception of 2 O’Brien type 3 fractures that underwent immediate open reduction and internal fixation (ORIF). Of the 68 patients who required operative management, 41 (60%) were treated with closed techniques and underwent either percutaneous (PC) manipulation and pinning with Kirschner wires or Steinmann pins, or Metaizeau technique with intramedullary nailing. Of these, 11 were O’Brien type 1, 14 type 2, and 16 type 3 on earliest available initial injury films. Eight patients (11.8%) who underwent operative treatment required internal fixation. Fixation was maintained with Kirschner wires after open reduction in 4 O’Brien type 2 and 2 type 3 fractures. In addition, 1 patient with an O’Brien type 3 fracture underwent ORIF with a titanium elastic nail placed down the radial shaft and later bone grafting for impending avascular necrosis. Finally, 1 patient with an O’Brien type 3 fracture underwent ORIF with a Kirschner wire maintained at the fracture site and screws to reattach the radial head; a radial head prosthesis was placed 4 months later for avascular necrosis.

A total of 27 (40%) patients required open reduction, including 1 redisplacement after PC manipulation. Of these, 15 fractures were O’Brien type 2 and 10 type 3; preoperative films were unable to be located for 2 patients for classification. Seven patients (26%) underwent open reduction after failed closed reduction and failed PC manipulation. Of all the patients in the operative group, 11 (16.2%) sustained complications; these events are detailed in Table 2.

Of the 53 patients receiving operative treatment with evaluable ROM data, 28 (52.8%) healed with an excellent outcome, 11 (20.8%) with good, 6 (11.3%) with fair, and 8 (15.1%) with poor outcomes (Fig. 2). Mean follow-up time in this group was 32 weeks with median follow-up of 22 weeks. Patients requiring open management were of older average age (average 10 y old, $P = 0.02$) and had a significantly greater risk of a fair or poor ROM outcome than those who were treated with closed operative techniques ($P = 0.02$). Figure 1 reveals the increased median age of patients who healed with poor outcomes, as well as the age quartile ranges for other ROM outcomes. Neither preoperative displacement ($P = 0.443$) nor postoperative reduction ($P = 0.071$) on x-ray was predictive of ROM outcomes. Incidence of a complication during treatment course was not predictive of poorer ROM outcomes ($P = 0.117$). Twenty-three (34%) patients sustained associated injuries, the most common of which was ulnar fracture.¹¹ Presence of associated injuries was not predictive of poorer ROM outcomes compared with those without associated injuries ($P = 0.675$). Of the 53 patients treated operatively with evaluable ROM data, detailed mechanism of injury data was available for 48 patients. Patients with a high-energy injury treated operatively ($n = 34$; fall from height, motor

TABLE 1. The Leung/Peterson Classification of ROM Outcomes

Rating	Pain	Loss of Extension	Flexion	Supination	Pronation
Excellent	None	None	> 145	> 85	> 70
Good	None	0-15	140-145	70-85	60-70
Fair	Mild	15-30	130-140	50-70	50-60
Poor	Moderate/severe	> 30	< 130	< 50	< 50

All values expressed in degrees.

ROM indicates range of motion.

Adapted from Leung and Peterson.⁹ Adaptations are themselves works protected by copyright. So in order to publish this adaptation, authorization must be obtained both from the owner of the copyright in the original work and from the owner of copyright in the translation or adaptation.

vehicle collision, high-velocity direct blow) were no more likely to heal with a fair or poor ROM outcome than those treated operatively with low-energy injuries ($n = 14$; fall from standing height, low-velocity direct blow) ($P = 1.00$).

Nonoperative Group

The average age for the group was 8.2 years (range, 1.3 to 15.9 y, median 8.3 y); mean follow-up time was 10 weeks (range, 1 to 159 wk) for all patients regardless of cutoff time for adequate ROM data. These patients were of a younger average age than those in the operative cohort (8.2 vs. 9.1 y, $P = 0.03$). The mean time from injury to treatment was 2 days (range, 0 to 17 d). Two hundred thirty-nine patients in the nonoperative group were included for analysis and were treated either with immobilization alone or closed reduction and immobilization with a long arm cast. Of those patients, 139 had sufficient follow-up to evaluate ROM. Mean follow-up time in this group was 13 weeks with a median follow-up of 7 weeks. One hundred twenty-four (89.2%) patients had an excellent ROM outcome, 6 (4.29%) patients had good outcomes, 4 (2.86%) had fair outcomes, and 5 (3.56%) healed with poor

ROM outcomes (Fig. 3). There were a total of 6 (2.5%) complications in the nonoperative group (Table 3).

Patients in the operative group were more likely to heal with fair or poor outcomes than those in the nonoperative group ($P < 0.01$). Although patients who received nonoperative treatment were of an average younger age than those who received operative treatment, there was no statistically significant difference in average age between those in the nonoperative group who healed with fair or poor outcomes (9.4 y) and those who healed with good or excellent outcomes (7.9 y) ($P = 0.09$). Figure 2 reveals that there was no significant difference in median age between ROM outcome categories as well as the age quartile ranges for all categories. In general, 6 patients treated nonoperatively (2.5% of nonoperative group) and 8 patients treated operatively (11.8% of operative group) developed complications (Tables 2 and 3). As such, patients treated operatively were more likely to develop complications ($P = 0.004$). Incidence of a complication in the nonoperative group was not predictive of poorer ROM outcomes ($P = 0.264$). Of the 139 patients treated nonoperatively with evaluable ROM data, detailed mechanism of injury data was available for 114 patients. Patients with a high-energy injury treated nonoperatively ($n = 54$; fall from height, motor vehicle collision, high-velocity direct blow) were no more likely to heal with a fair or poor ROM outcome than those treated nonoperatively with low-energy injuries ($n = 60$; fall from standing height, low-velocity direct blow) ($P = 0.147$).

DISCUSSION

Pediatric radial neck fractures can be a cause of significant morbidity secondary to disruption of the delicate periosteal blood supply during injury or management.^{4,6,11-13} Most of these fractures are nondisplaced or minimally displaced and can be treated successfully with cast immobilization alone; their relatively benign nature and good outcomes have been confirmed in the literature.^{11,14} In a study by Schmittenbecher and colleagues, 54.5% of their patients with minimally displaced fractures (Judet classification grades 1 and 2) were treated with immobilization alone. All except 1 patient showed a return to complete ROM and a normal elbow axis which was considered as a good to excellent result.¹¹ Closed reduction should be attempted before resorting to operative treatment.^{1,3,6,11,14,15} Indeed, all patients in our study had initial attempts at closed reduction in the emergency room

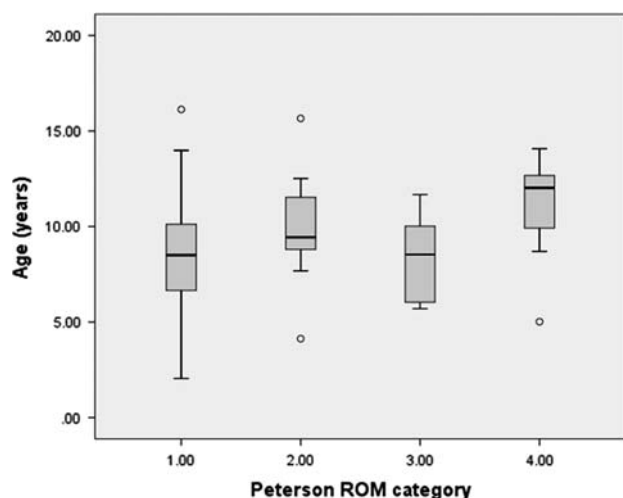


FIGURE 1. Age of patients treated operatively according to Peterson ROM category (1 = excellent, 2 = good, 3 = fair, 4 = poor). The median age of patients who healed with poor outcomes is significantly higher than other outcome groups. Circles represent outlier data points. ROM indicates range of motion.

TABLE 2. Complications Sustained by Patients That Underwent Operative Treatment

Complications in Operative Group	Associated Injuries	Age at Injury	Days Until Tx	First Method of Tx	Preoperative O'Brien Fracture Classification	Peterson ROM at Final F/U
AVN + HO	Ipsilateral elbow dislocation and contralateral radius buckle Fx	11.08	1	IM red/pin	3	2
AVN	NA	13.98	1	IM red/pin	3	1
AVN + acquired cubitus valgus	NA	9.4	4	Open reduction	2	3
HO	NA	12.52	0	Closed	1	2
Persistent elbow pain and ulnar neuropathy	Displaced medial epicondyle Fx	15.66	4	Reduction + cast	2	2
Arthrofibrosis with concurrent CTS and HO	Comminuted olecranon Fx; superior pubic ramus and iliac wing Fxs	13.11	1	Open reduction	3	4
Acquired cubitus valgus	Proximal olecranon Fx	5.71	2	PC manipulation	3	1
Radioulnar synostosis	NA	11.87	2	Open reduction	3	4

AVN indicates avascular necrosis; CTS, carpal tunnel syndrome; F/U, follow-up; Fx, fracture; HO, heterotopic ossification; IM, intramedullary; NA, not applicable; PC, percutaneous; ROM, range of motion; Tx, treatment.

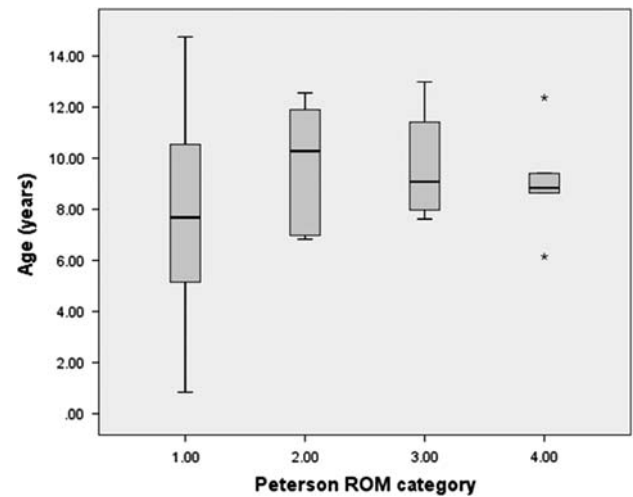


FIGURE 2. Age of patients treated nonoperatively according to Peterson ROM category (1 = excellent, 2 = good, 3 = fair, 4 = poor). The median age of patients within the nonoperative cohort that healed with poor outcomes is not significantly different than all other outcomes. Asterisks represent outlier data points. ROM indicates range of motion.

and/or operating room with the exception of 2 O'Brien type 3 fractures.

This single-center collection of 756 pediatric radial neck fractures revealed that they comprise 2.7% of all upper extremity fractures. In an analysis of 589 patients with elbow fractures by Landin and Danielsson,¹⁶ the incidence of radial neck fractures was 14%, compared with 9.8% in the current cohort. In a review by Kovar et al,¹⁷ 9.6% of all adult and pediatric radial neck fractures required operative treatment. In our study, 13% of all pediatric patients with radial neck fractures required operative treatment.

Commonly used operative modalities for these fractures include assisted reduction in the form of PC manipulation using a Kirschner wire or Steinman pin, the Metaizeau technique with intramedullary pins or rods, and open reduction with or without internal fixation.^{6,13} The use of these techniques in our cohort is delineated in Figure 3. Of the 68 patients who underwent operative treatment, 14 (21%) healed with fair or poor ROM outcomes. A comparison of our operative cohort to operative cohorts from other studies is presented in Table 4.

There is uniform agreement that open articular surgery should be avoided, as it is one of the main risks for postoperative complications.^{11,14} Twenty-seven patients undergoing surgery in our cohort required open reduction (40% of patients treated operatively). In 7 (26%) of these cases, open reduction was performed after posttreatment failure of closed reduction or failed PC manipulation. In previous years, a number of patients underwent open reduction without internal fixation.^{1,19} In a cohort described by Newman,¹ 33 of 48 patients underwent open reduction, of which 11 (33.3%) were fixed internally. In our cohort, 8 (29.6%) of 27 patients underwent internal fixation after

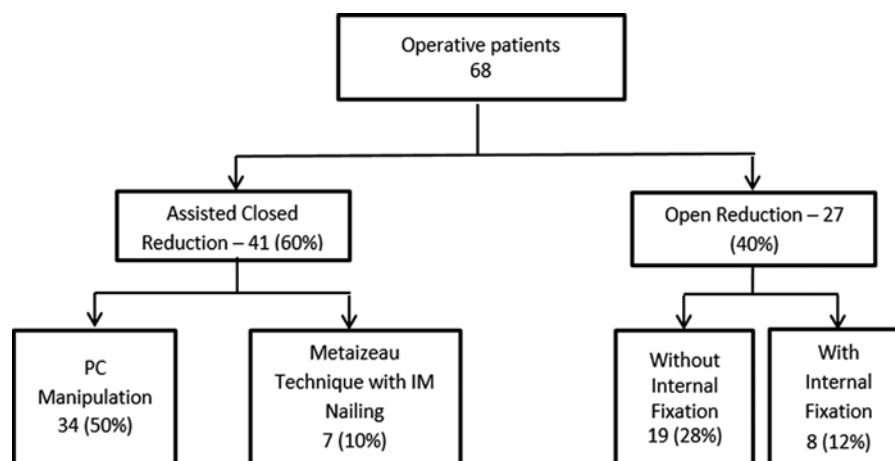


FIGURE 3. Classification of modalities used in the current cohort of operative patients. IM indicates intramedullary; PC, percutaneous.

open reduction. However, of the 19 that did not receive internal fixation, 1 patient sustained avascular necrosis of the radial head, acquired cubitus valgus, and healed with a final “fair” ROM outcome. Another sustained radioulnar synostosis and healed with a final “poor” ROM outcome. These cases demonstrate the potential deleterious sequelae of such a treatment strategy. Indeed, as emphasized by Waters and Stewart,²⁰ open reduction of radial neck fractures without internal fixation should no longer be considered a viable treatment option.

Open reductions resulted in uniformly poor results in all studies reviewed and should be used as a last resort only when closed or assisted reduction techniques have failed.^{1,4-6,11,14} In a study by Tan and Mahadev,²¹ it was found that in patients with grade 3 fractures, more invasive treatment correlated with poorer outcomes and in patients with grade 4 fractures, there was a trend toward poorer outcomes with open reduction. Of the 38 patients examined by Vocke and Von Laer,²² 8 underwent open reduction, 5 of whom (63%) healed with minimal to significant functional impairment. In the same study, only 10 (33.3%) of 30 patients managed nonoperatively healed with functional impairment. Older children required open management more frequently in our study and therefore may be subject to a greater risk of fair or poor outcomes than those treated with closed techniques. Tan and Mahadev²¹ found that older children were more likely to sustain grade 3 or higher fractures and have poorer outcomes in terms of pain and ROM deficit, thus mirroring the trend displayed in the current cohort. Similarly, in the cohort of 151 patients described by Zimmerman et al,¹⁸ open reduction was more likely to be performed in older patients; better outcomes were observed in patients less than 10 years of age.

Neither preoperative displacement nor postoperative reduction on radiographs was predictive of ROM outcomes in our study. This trend is comparable with the findings by Newman¹ where the proportion of good results obtained was only slightly better following a satisfactory rather than a poor reduction. However, these

results contrast with the strong correlation of greater initial fracture displacement with poorer outcomes shown by Zimmerman et al.¹⁸

Although 23 (34%) of the patients treated operatively in the current study presented with associated fractures, presence of these injuries was not predictive of poorer ROM outcomes. In the study by Cha et al,⁵ 4 of 13 patients sustained associated injuries, of whom 3 healed with clinically excellent results and 1 healed with a fair result. Similarly, in the Brandao cohort,⁷ 5 patients had associated fractures of which only 1 patient had a poor outcome. These results contrast to those of Evans and Graham,⁶ however, where findings included an incidence of associated injuries up to 50%, the presence of which was associated with worsened prognoses.

Complications are a common sequela of radial neck fractures^{4,6} and may lead to poor long-term elbow function.²³ Various etiologies of complications have been proposed such as the severity of initial injury causing vascular disruption or physeal injury.⁴⁻⁶ Similarly, forceful manipulation or operative treatment, particularly open reduction, may compromise the already precarious periosteal blood supply to the proximal radius.^{6,8,12} Patients treated operatively in the current cohort were more likely to develop complications. However, patients who developed complications in both groups were not found to have significantly worsened ROM scores when compared with those without complications.

This study had several limitations. First, it is retrospective in nature and was limited by available patient data. Second, measurements of final ROM were conducted by many different surgeons, which may have had an effect on consistency in comparing outcomes. Although the average follow-up time appears much shorter than comparable studies, it was artificially deflated by inclusion of a large number of patients treated nonoperatively who healed quickly with excellent outcomes and did not require longer follow-up. Similarly, there were many patients who reached a plateau in their healing and were told

TABLE 3. Complications Sustained by Patients That Received Nonoperative Treatment

Complications in Nonoperative Group	Associated Injuries	Age at Injury	Days Until Tx	Definitive Treatment	O'Brien Classification Preoperative	ROM According to Peterson
AVN	NA	7.83	1	CR + cast	Not available	1
Myositis ossificans with complete arthrodesis	Medial collateral ligament instability	8.84	0	CR + cast	Not available	4
Heterotopic ossification (required excision)	NA	14.84	0	Cast	Not available	No F/U
Heterotopic ossification	NA	3.65	0	Cast	1	1
Ulnar neuroparaxia	Midshaft ulna Fx	9.84	1	CR + cast	3	3
Acquired cubitus valgus	Midshaft ulna Fx	7.62	1	CR + cast	1	1

AVN indicates avascular necrosis; CR, closed reduction; F/U, follow-up; Fx, fracture; NA, not applicable; ROM, range of motion; Tx, treatment.

TABLE 4. Description of Operatively Managed Patients From Recent Studies and the Current Cohort

References	Total Patients	Average Age (y)	Average F/U (mo)	Associated Injuries [n (%)]	Displacement Angle—Preoperative				Technique Used	Outcomes [n (%)]				Notes
					30–					Excellent	Good	Fair	Poor	
					< 30	60	> 60	Unk						
Brandao et al ⁷	26	8.61 ± 2.15 (1.7–10)	52	5 (19.2)	0	0	26		Metaizeau and Bohler technique	17 (65.3)	6 (23.0)	2 (7.6)	1 (3.8)	O'Brien type 3; Tibone Stoltz function
Eberl et al ¹²	42	8 (3–13)	29	13 (31)	7	21	14		Intramedullary nailing	38 (90.48)	2 (4.76)	—	2 (4.76)	Judet 2, 3, 4; Linscheid and Wheeler criteria
Cha et al ⁵	13	10.4 (6–13)	42	4 (30.8)	0	4	9		PC reduction + K wires leverage fixation	11 (84.62)	1 (7.69)	1 (7.69)	0	> 45-deg. angle; Steele grading system
Ugutmen et al ⁸	16	8 (6–13)	24	Not reported	0	11	5		Intramedullary pin (ender-like)	13 (81.25)	2 (12.5)	1 (6.25)	—	Judet; clinical ROM and radiographic evaluation
Zimmerman et al ¹⁸	88	8.4 ± 2.9; all pts	13.3 all pts	70; all pts (46)	33 (all pts)	88 (all pts)	30		Miscellaneous	—	—	—	—	“Excellent/good/fair/poor” not applicable (see text)
Present cohort	68 (53 with ROM data)	9.1 (2.05–16.13)	6.14	24 (35)	14	27	25	2	Miscellaneous	28 (52.83)	11 (20.76)	6 (11.32)	8 (15.09)	Leung, Peterson classification

Ave indicates average; F/U, follow-up; PC, percutaneous; Pts, patients; ROM, range of motion; Unk, unknown.

Ave indicates average; F/U, follow-up; PC, percutaneous; Pts, patients; ROM, range of motion; Unk, unknown.

to follow-up as needed. However, a prospective cohort study that restricts final analysis to inclusion of patients with long-term follow-up outcome data would provide valuable insight into definitive clinical results. In addition, analysis of patient body mass index in relation to clinical results would be a valuable metric to obtain in future studies. Finally, given the number of providers whose patients were included in the study, variation of surgeon skill may have had an unknowable effect on patient's outcomes.

CONCLUSIONS

This single-center analysis of radial neck fractures revealed that they comprise 2.7% of pediatric upper extremity fractures and 9.9% of pediatric elbow fractures. Thirteen percent of patients with radial neck fractures require operative treatment, 21% of which heal with fair or poor outcomes. Older children require open management more frequently and therefore may be subject to a greater risk of fair or poor outcomes than those treated with closed techniques. Complications are seen in both conservatively treated and operatively treated patients, but are more commonly seen after operative management. Final outcomes were not shown to be significantly related to any of preoperative displacement, postoperative reduction, presence of associated injuries, energy of injury, or treatment complications in the current cohort. However, in light of other studies' findings, it remains difficult to predict what types of patients and fracture characteristics will yield suboptimal outcomes.

REFERENCES

1. Newman JH. Displaced radial neck fractures in children. *Injury*. 1977;9:114–121.
2. Ende SM, Wirth T, Eberhardt O, et al. The treatment of radial neck fractures in children according to Metaizeau. *J Pediatr Orthop B*. 2010;19:246–255.
3. Neher CG, Torch MA. New reduction technique for severely displaced pediatric radial neck fractures. *J Pediatr Orthop*. 2003;23:626–628.
4. Radomisli TE, Rosen AL. Controversies regarding radial neck fractures in children. *Clin Orthop Relat Res*. 1998;353:30–39.
5. Cha SM, Shin HD, Kim KC, et al. Percutaneous reduction and leverage fixation using K-wires in paediatric angulated radial neck fractures. *Int Orthop*. 2012;36:803–809.
6. Evans MC, Graham HK. Radial neck fractures in children: a management algorithm. *J Pediatr Orthop B*. 1999;8:93–99.
7. Brandao GF, Soares CB, Teixeira LE, et al. Displaced radial neck fractures in children: association of the Metaizeau and Bohler surgical techniques. *J Pediatr Orthop*. 2010;30:110–114.
8. Ugutmen E, Ozkan K, Ozkan FU, et al. Reduction and fixation of radius neck fractures in children with intramedullary pin. *J Pediatr Orthop B*. 2010;19:289–293.
9. Leung AG, Peterson HA. Fractures of the proximal radial head and neck in children with emphasis on those that involve the articular cartilage. *J Pediatr Orthop*. 2000;20:7–14.
10. O'Brien PI. Injuries involving the proximal radial epiphysis. *Clin Orthop Relat Res*. 1965;41:51–58.
11. Schmittenecher PP, Haevernick B, Herold A, et al. Treatment decision, method of osteosynthesis, and outcome in radial neck fractures in children: a multicenter study. *J Pediatr Orthop*. 2005;25:45–50.
12. Eberl R, Singer G, Fruhmahn J, et al. Intramedullary nailing for the treatment of dislocated pediatric radial neck fractures. *Eur J Pediatr Surg*. 2010;20:250–252.
13. Metaizeau JP. Reduction and osteosynthesis of radial neck fractures in children by centromedullary pinning. *Injury*. 2005;36(suppl 1):A75–A77.
14. Rodriguez Merchan EC. Percutaneous reduction of displaced radial neck fractures in children. *J Trauma*. 1994;37:812–814.
15. Monson R, Black B, Reed M. A new closed reduction technique for the treatment of radial neck fractures in children. *J Pediatr Orthop*. 2009;29:243–247.
16. Landin LA, Danielsson LG. Elbow fractures in children. An epidemiological analysis of 589 cases. *Acta Orthop Scand*. 1986;57:309–312.
17. Kovar FM, Jaendl M, Thalhammer G, et al. Incidence and analysis of radial head and neck fractures. *World J Orthop*. 2013;4:80–84.
18. Zimmerman RM, et al. Surgical management of pediatric radial neck fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 2013;95:1825–1832.
19. Bernstein SM, McKeever P, Bernstein L. Percutaneous reduction of displaced radial neck fractures in children. *J Pediatr Orthop*. 1993;13:85–88.
20. Waters PM, Stewart SL. Radial neck fracture nonunion in children. *J Pediatr Orthop*. 2001;21:570–576.
21. Tan BH, Mahadev A. Radial neck fractures in children. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2011;19:209–212.
22. Vocke AK, Von Laer L. Displaced fractures of the radial neck in children: long-term results and prognosis of conservative treatment. *J Pediatr Orthop B*. 1998;7:217–222.
23. Pring ME. Pediatric radial neck fractures: when and how to fix. *J Pediatr Orthop*. 2012;32(suppl 1):S14–S21.

COMMENTARY & PERSPECTIVE

The Controversy Continues

Commentary on an article by Ryan M. Zimmerman, MD, et al.: "Surgical Management of Pediatric Radial Neck Fractures"

Roger Cornwall, MD

Contemporary pediatric fracture textbooks are replete with conflicting recommendations regarding the management of displaced radial neck fractures in children, with the controversy fueled largely by the poor results that often follow open treatment of these fractures. While most authors have recommended using an algorithm progressing from closed to percutaneous to open reduction techniques, the details of management vary widely. Quoting all of the same retrospective studies, different experts have offered different summaries of what to do and when. While 30° of angulation is widely considered an indication for reduction¹, some argue that residual angulation of 45° after closed reduction is acceptable², citing the risks of open reduction. Others, however, urge surgeons to "not hesitate to operate on the displaced fracture and reduce it into an anatomic position" if closed treatment fails³. The definitions of open surgery vary as well, with some authors warning that "open reduction should be avoided if at all possible,"⁴ and others stating that "whenever possible, internal fixation should be avoided."² Is it the open reduction, the internal fixation, or the severity of the fracture that predisposes the patient to a poor result? We are all afraid of radial neck fractures that need surgery, but why? And what should we do with them? These are the questions that Zimmerman et al. attempted to answer in the present study. Do they succeed? Yes and no. This study is an exemplary retrospective review of an injury and its treatments, but it is also an excellent example of the many limitations of this type of research, on which much orthopaedic trauma knowledge is based.

Zimmerman et al. present the results of a retrospective review of 151 pediatric cases treated in the operating room for a displaced radial neck fracture. While this series is the largest of its kind, the patients were treated by twenty-one different surgeons and without a standardized algorithm or approach, as evidenced by the twenty-two different procedural combinations used once the patients reached the operating room. This variety in treatment strategies does not take into account the variation in indications for treating a child in the operating room, a limitation of any retrospective evaluation of a series of operative procedures performed by multiple different surgeons determining the indications for surgical treatment. The fractures were ultimately reduced by one of nine different techniques. The authors correctly point out that this variation in care is the most striking finding of their study.

Modifiable predictors of poor outcome following radial neck fractures also remain unclear. The authors found that an age of ten years or more, greater initial fracture displacement, and a time to surgery of two days or less were predictors of a poor outcome. Readers who do not venture past the abstract might be tempted to delay surgery past two days, modifying the only one of those three variables that they can alter. However, the authors correctly point out in the discussion that the timing of surgery was likely affected by selection bias, as the most severe fractures probably were evaluated sooner, and that "delaying surgery is not advocated." This reasoning, however, is precisely what prevents any retrospective study from demonstrating a link between open reduction of radial neck fractures and poor outcome. Only the worst fractures undergo open reduction so, once again, is it the fracture or the treatment that leads to a poor outcome? The question is still not clearly answered by even this large series.

Another question that remains unanswered is the effect of final fracture alignment on outcome. Nearly all fractures had osseous union with angulation of $\leq 30^\circ$ and translation of $\leq 25\%$, making it difficult to stratify functional results on the basis of final fracture alignment. Nonetheless, the authors still reported a 31% rate of unsatisfactory results. Thus, if successful union with acceptable alignment in 98% of patients leads to a satisfactory outcome in only 69%, what other variables are leading to the poor results? Also, the authors developed their own stringent criteria for satisfactory results, based on prior studies outlining definitions for a functional range of motion of the elbow and forearm. However, this system, like radiographic measurements, does not take into account patient-reported functional outcomes, a limitation that the authors highlight. Thus, the relationship between provider-based parameters and the child's functional outcome remains unclear.

Nonetheless, several important points are demonstrated by this study. First, the maximum initial displacement was more predictive of outcome than the displacement in any one radiographic projection. Radiographic examination of the proximal part of the radius is affected by forearm rotation, and the true angular deformity of a radial neck fracture is not reliably visualized in any

particular radiographic plane. True appreciation of the displacement often requires examination under fluoroscopy⁴. Second, in a large series in which many different techniques were used, the authors did not observe any harmful effect of multiple attempts at closed or percutaneous reduction. This finding allows a high threshold for conversion to an open approach to the radiocapitellar joint. There are a variety of techniques for minimally invasive reduction of radial neck fractures, including “lever” and “push” techniques with a pin at the elbow or intramedullary reduction with use of a retrograde flexible nail. Although the indications for and comfort with these techniques will vary among surgeons, the data reported by Zimmerman et al. suggest that there is little harm in trying them prior to open reduction. Third, although good results of these percutaneous techniques have been reported in cohort studies, in the current study only nine of thirty-one patients definitively treated with either percutaneous pins or retrograde intramedullary nailing had a successful clinical outcome. This finding highlights the important difference between efficacy and effectiveness. The developer of a technique may use the technique very successfully, whereas such success may not be realized when it is applied by a larger number of surgeons. Finally, although the article is entitled “Surgical Management of Pediatric Radial Neck Fractures,” it should be noted that nearly half (42%) of the patients had only closed reduction as their definitive treatment in the operating room. The authors point out that closed reduction in the controlled environment of the operating room may still be successful despite failed attempts at closed reduction in an emergency department setting.

In summary, the authors should be commended for taking a rigorous and candid look at a large number of patients with a problematic fracture. Despite the many questions that remain unanswered, the study adds weight to a growing consensus about progressing from closed to percutaneous to open reduction for radial neck fractures. Indeed, the authors propose an algorithm with just such a reduction ladder, as others have before them. Even though we still do not have all of the answers and many children still have less than optimal outcomes following this type of fracture, it looks as though we are approaching the problem in the right way.

*Roger Cornwall, MD**

Cincinnati Children's Hospital Medical Center
Cincinnati, Ohio

*The author did not receive payments or services, either directly or indirectly (i.e., via his institution), from a third party in support of any aspect of this work. He, or his institution, has had a financial relationship, in the thirty-six months prior to submission of this work, with an entity in the biomedical arena that could be perceived to influence or have the potential to influence what is written in this work. The author has not had any other relationships, or engaged in any other activities, that could be perceived to influence or have the potential to influence what is written in this work. The complete **Disclosures of Potential Conflicts of Interest** submitted by authors are always provided with the online version of the article.

References

1. Tibone JE, Stoltz M. Fractures of the radial head and neck in children. *J Bone Joint Surg Am.* 1981 Jan;63(1):100-6.
2. Erickson M, Frick S. Fractures of the proximal radius and ulna. In: Beaty JH, Kasser JR, editors. *Rockwood and Wilkins' fractures in children.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p 405-45.
3. Green NE, Van Zeeland NL. Fractures and dislocations about the elbow. In: Green NE, Swiontkowski MF, editors. *Skeletal trauma in children.* 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2009. p 207-82.
4. Frances JM, Cornwall R. Closed, percutaneous, and open reduction of radial head and neck fractures. In: Wiesel SW, editor. *Operative techniques in orthopaedic surgery.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p 1058-65.

Copyright of Journal of Bone & Joint Surgery, American Volume is the property of Journal of Bone & Joint Surgery, Inc. and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Surgical Management of Pediatric Radial Neck Fractures

Ryan M. Zimmerman, MD, Leslie A. Kalish, ScD, M. Timothy Hresko, MD, Peter M. Waters, MD, and Donald S. Bae, MD

Investigation performed at the Department of Orthopedic Surgery, Boston Children's Hospital, Boston, Massachusetts

Background: Management of pediatric radial neck fractures is controversial regarding acceptable alignment, variable reduction techniques, and suboptimal outcomes. The purpose of this study was to assess the characteristics, management, and results in a surgical cohort, in efforts to identify prognostic factors and offer treatment suggestions. It was hypothesized that less invasive reduction maneuvers would precede open reduction and that worse results would correlate with fracture severity, open reduction, and the presence of associated injuries.

Methods: Retrospective analysis of 151 children in whom a radial neck fracture had been surgically treated from 2001 to 2011 was performed. The mean age (and standard deviation) and duration of follow-up were 8.4 ± 2.9 years and 13.3 ± 20.0 months, respectively; 40% of the patients were male. A successful clinical result was defined as elbow flexion of $\geq 120^\circ$, flexion contracture of $< 20^\circ$, forearm rotation of $\geq 90^\circ$ with $\geq 45^\circ$ of supination and pronation, and no complications.

Results: An isolated radial neck fracture occurred in 54% of the children. The mean angulation and displacement improved from $43^\circ \pm 19^\circ$ and $37\% \pm 35\%$, respectively, before treatment to $13^\circ \pm 7^\circ$ and $0.9\% \pm 4\%$ after treatment ($p < 0.001$). Twenty-two procedural combinations were used to treat these patients, and 67% of the open reductions were not preceded by percutaneous or closed reduction attempts. Among 131 patients with adequate follow-up, 31% had an unsuccessful outcome. An age of ten years or more (odds ratio [OR] = 5.85, $p = 0.001$), a time to surgery of two days or less (OR = 4.73, $p = 0.02$), and greater fracture displacement (OR = 1.25 per 10%, $p = 0.001$) were independent predictors of unsuccessful outcomes. Increased fracture severity and open reduction were associated with poor results, although the presence of concomitant injuries was not. It is predicted that closed manipulation will fail for half of fractures angulated $\geq 36^\circ$, and that half of fractures displaced $\geq 65\%$ will require open reduction. The predicted frequency of unsuccessful outcomes is 50% with 76% displacement.

Conclusions: There continues to be great variation in the approach to treatment of displaced radial neck fractures in children. Suboptimal results occurred in 31% of the patients in this series, with worse results in patients older than ten years, who had increased fracture severity, and who underwent open reduction. Less invasive reduction methods should precede open reduction whenever possible.

Level of Evidence: Therapeutic Level IV. See Instructions for Authors for a complete description of levels of evidence.

Radial neck fractures represent 5% to 10% of pediatric elbow injuries and 1% of childhood fractures overall^{1,2}. They remain a therapeutic challenge due to controversies

regarding acceptable fracture alignment, the spectrum of reduction techniques, and unpredictable, often suboptimal outcomes. These challenges are compounded by concerns regarding

Disclosure: None of the authors received payments or services, either directly or indirectly (i.e., via his or her institution), from a third party in support of any aspect of this work. One or more of the authors, or his or her institution, has had a financial relationship, in the thirty-six months prior to submission of this work, with an entity in the biomedical arena that could be perceived to influence or have the potential to influence what is written in this work. Also, one or more of the authors has had another relationship, or has engaged in another activity, that could be perceived to influence or have the potential to influence what is written in this work. The complete **Disclosures of Potential Conflicts of Interest** submitted by authors are always provided with the online version of the article.



A commentary by Roger Cornwall, MD, is linked to the online version of this article at jbjs.org.

TABLE I Injury Characteristics

Characteristic	
Isolated radial neck injury (no. [%])	81 (54%)
Associated injuries (no. [%])	70 (46%)
Other injuries with intact ulna*	17 (11%)
Ulnar fracture	53 (35%)
Isolated Monteggia fracture	36 (24%)
Monteggia fracture with additional injury	17 (11%)
Open fracture (no. [%])	4 (3%)
Compartment syndrome	2 (1%)
Preoperative radiographic measurements†	
Angulation (n = 140) (deg)	43 ± 19 (12-98)
Displacement (n = 138) (%)	37 ± 35 (0-158)
Postoperative radiographic measurements†	
Angulation (deg)	13 ± 7 (0-32)
Displacement (%)	0.9 ± 4 (0-25)

*Other injuries include elbow dislocation (n = 11), medial epicondyle fracture (n = 6), distal radial fracture (n = 3), lateral collateral ligament injury (n = 2), ulnar nerve entrapment/injury (n = 2), lateral condyle fracture (n = 1), supracondylar humeral fracture (n = 1), distal radioulnar joint injury (n = 1), and coronoid fracture (n = 1). †The values are given as the mean ± SD with the range in parentheses.

vascularity of the developing proximal epiphysis, risks of growth disturbance, and the effect of proximal radioulnar and radiocapitellar joint malalignment on elbow motion and function³. Classically, displaced radial neck fractures have been treated with closed reduction, percutaneous pin reduction and/or fixation, open reduction with or without internal fixation, and transcapsular pinning⁴⁻⁹. Previous authors have reported poor outcomes after 15% to 33% of all fractures¹⁰⁻¹⁴ and up to 50% of severely displaced injuries¹³. Unfavorable results have been associated with a number of factors, including residual angulation of >30°, displacement of >3 mm, associated injuries, open reduction, and delayed surgery^{2,10,15-18}.

The purpose of this study was to assess the characteristics, management patterns, and results of all pediatric radial neck fractures that underwent operative treatment at a large pediatric center over a ten-year period and to use the results to identify prognostic factors and offer treatment suggestions. It was hypothesized that (1) surgeons would begin with closed manipulation and proceed incrementally through more invasive techniques before resorting to open reduction and (2) greater fracture displacement and angulation, the presence of associated injuries, an age of ten years or more, and open reduction would be associated with worse outcomes.

Materials and Methods

This investigation was a retrospective case series of patients treated in the operating room for a radial neck fracture at a level-I pediatric trauma center

from 2001 to 2011. Radial neck fractures treated solely with closed reduction in the emergency department were excluded, as were patients with congenital dysplasia of the radius, sequelae of a previous radial neck fracture without injury and treatment data, infection or positive intraoperative culture, or cognitive disability precluding the attainment of a reliable history and physical examination. The medical records and radiographs of the 151 eligible children were analyzed. The mean age (and standard deviation [SD]) was 8.4 ± 2.9 years, 40% of the patients were male, and the mean body mass index (BMI) was 18.5 ± 4.6 kg/m². The mean duration of follow-up was 13.3 ± 20.0 months, with a median (interquartile range) of 4.7 (2.0, 12.5) months (see Appendix). Clinical motion, radiographic alignment, subsequent procedures, and complications (heterotopic ossification, osteonecrosis, premature physal arrest, and neurovascular injury) were recorded. Angulation and displacement were measured on the anteroposterior and lateral radiographs. Except where noted, the maximum values from the two planes are used in analyses. Displacement was expressed as a percentage of proximal radial metaphyseal diameter just distal to the fracture site. All fractures were classified according to the method described by O'Brien¹⁹.

Surgical indications and procedure selection were determined by the treating surgeons, all of whom were fellowship-trained in pediatric orthopaedics. All attempted interventions, including closed manipulations in the clinic, emergency department, and operating room, were recorded, regardless of success. Procedures were categorized as (1) closed manipulation, (2) a closed or percutaneous surgical procedure, or (3) a procedure involving open reduction. Closed manipulation in the emergency department or clinic was considered distinct from manipulation in the operating room. Closed or percutaneous surgical procedures referred to any procedure that introduced an implant without exposure of the radiocapitellar joint, such as retrograde intramedullary nailing. Open procedures involved exposure of the radiocapitellar joint.

A successful outcome was defined as active elbow flexion of $\geq 120^\circ$, a flexion contracture of $< 20^\circ$, forearm rotation of $\geq 90^\circ$ with $\geq 45^\circ$ of both supination and pronation, and the absence of osteonecrosis, premature physal arrest, or neurovascular injury²⁰⁻²⁴. The outcome was considered successful in cases of radiographic heterotopic ossification with otherwise acceptable motion, as a periosteal reaction during fracture-healing can appear radiographically similar to heterotopic ossification (see Appendix). Acceptable follow-up was defined as six months or more, or until clinic discharge. Age was analyzed both with the a priori division at ten years and also as a continuous variable post hoc. Patients lost to follow-up were excluded from analyses regarding outcomes.

Twenty-one surgeons contributed patients to the cohort; they performed a median of four cases (range, one to nineteen cases). Cases were evenly distributed throughout the study period: forty-three patients were treated from 2001 to 2004; fifty-seven, from 2005 to 2007; and fifty-one, from 2008 to 2011. Seventy-one percent of the open reductions were performed within two days after injury despite the fact that 43% of the patients presented more than twenty-four hours after injury (see Appendix). Closed manipulation was attempted in 34% of the patients in the office or emergency department before they were treated in the operating room for persistent unacceptable deformity.

Data are summarized descriptively with the mean and SD, median (interquartile range [IQR]), or percentage. The Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, and Fisher exact tests were used to compare subgroups. Logistic regression models were used to evaluate associations between patient characteristics and the type of definitive fixation, with one model contrasting any (open or closed) procedure with closed manipulation alone and the other contrasting open reduction with closed procedures and manipulation grouped together. Logistic regression was also used to evaluate predictors of an unsuccessful outcome. In addition, outcomes were predicted on the basis of varying fracture angulation and displacement values by setting other covariates in these models to their average values.

This study was approved by our institution's internal review board.

Source of Funding

No external funding was received for this study.



Fig. 1

A 12.6-year-old boy sustained a complex elbow injury involving ulnar shaft, coronoid, and Grade-3 radial neck fractures after a fall (**Fig. 1-A**). After closed reduction in the operating room failed, open reduction was performed and fixation was obtained with use of buried Kirschner wires (**Fig. 1-B**) with staged removal. The patient subsequently developed osteonecrosis of the radial head (**Fig. 1-C**) with a 30° pronation-supination arc at the time of final follow-up.

Results

Table I summarizes injury characteristics, and Figures 1 and 2 and the Appendix present illustrative radiographs. Fifty-four percent of the patients had an isolated radial neck fracture, and 46% had associated injuries. Thirty-five percent of the patients had a Monteggia fracture variant, and 11% had associated injuries without a fractured ulna. Open fractures accounted for 3% of the injuries, and 8% were comminuted. The mean preoperative angulation was $43^\circ \pm 19^\circ$, and displacement averaged $37\% \pm 35\%$; 22%, 58%, and 20% of the fractures were O'Brien Grade 1, 2, and 3, respectively.

Nine different techniques were used to achieve definitive reduction (Table II), and twenty-two different procedural combinations were employed. Definitive treatment consisted of closed

manipulation in the operating room for 42% of the patients, a closed surgical technique for 28%, and open reduction for 30%. Prior to undergoing their definitive technique, forty-seven (31%) of the patients had an unsuccessful closed reduction in the operating room and nineteen (13%) underwent at least one unsuccessful surgical procedure (see Appendix). There were no differences in the definitive treatment technique based on the year in which the patient was treated or the presence of associated injuries. Of the twenty-one surgeons who contributed patients to this cohort, five performed more than ten cases. No differences were seen between the outcomes achieved by the high and low-volume surgeons ($p = 0.58$).

Twenty-seven patients who were initially treated with closed reduction had redisplacement of the fracture. These patients were

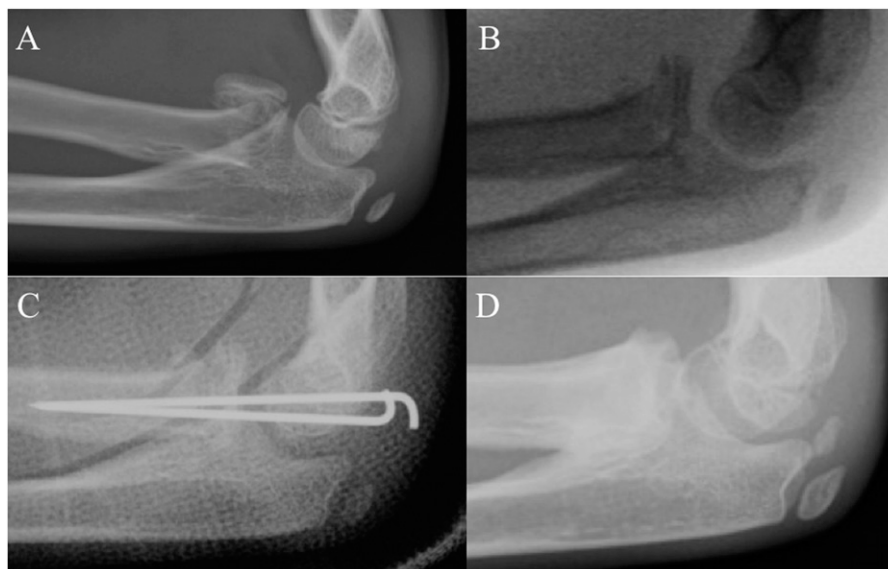


Fig. 2

An 11.6-year-old boy sustained an isolated Grade-3 radial neck fracture in a fall (**Fig. 2-A**). After unsuccessful closed manipulation in the operating room, open reduction was performed and the fracture was reduced with Kirschner wires. Loss of reduction was noted postoperatively (**Fig. 2-B**), and the patient returned to the operating room for transcapitellar pinning (**Fig. 2-C**). A proximal radioulnar synostosis developed postoperatively, with 11.5° of flexion, a 5° flexion contracture, and 0° of forearm rotation (**Fig. 2-D**). However, the patient reported no pain or functional limitations at the time of follow-up.

TABLE II Definitive Fixation Methods

Definitive Fixation Method	No. (%)
Closed reduction without fixation	63 (42%)
Closed/percutaneous techniques	
Metaizeau technique (retrograde intramedullary nailing)	10 (7%)
Pin/wire fixation	32 (21%)
Techniques involving open reduction	
No fixation after reduction	9 (6%)
Pin/wire fixation	21 (14%)
Metaizeau technique/intramedullary nailing following open reduction	9 (6%)
Plates and screws	3 (2%)
Transcapitellar pin	3 (2%)
Other (suture anchor)	1 (<1%)

subsequently treated with percutaneous pins ($n = 25$) or retrograde intramedullary nailing ($n = 2$). Overall, there was no difference in the rate of successful final clinical results between fractures treated with percutaneous pins (six of twenty-three) and those treated with Metaizeau fixation (three of eight), regardless of prior interventions ($p = 0.66$). Only two of nineteen fractures treated with intramedullary nailing lost reduction and required additional intervention; one of these fractures was a comminuted O'Brien Grade-2 fracture with 45° of angulation, and the other was an O'Brien Grade-3 fracture with 69° of angulation and 40% displacement. No patient treated with a transcapitellar pin had a successful outcome.

Of forty-six patients who underwent open reduction, eleven (24%) had no other attempted intervention in the operating room and twenty (43%) had a failed closed manipulation. Thus, two-thirds of the patients who underwent open reduction had not received a closed surgical intervention prior to exposure of the radiocapitellar joint. A second surgical procedure was required in 28% of the patients: 21% underwent implant removal alone, and 7% required additional procedures, such as heterotopic bone excision.

Of 140 patients with adequate follow-up, 98% had osseous union, with a single instance each of delayed union, nonunion, and refracture. Surgical intervention resulted in marked improvement of fracture alignment. Postoperative angulation averaged $13^\circ \pm 7^\circ$ (range, 0° to 32°) and displacement averaged $0.9\% \pm 4\%$ (0% to 25%) ($p < 0.001$ for both parameters, compared with preoperatively) (Table I). Postoperative flexion, extension, pronation, and supination averaged $129^\circ \pm 8^\circ$, $3^\circ \pm 8^\circ$, $76^\circ \pm 23^\circ$, and $74^\circ \pm 27^\circ$, respectively. The mean values are somewhat misleading, as the median (IQR) postoperative flexion, extension, pronation, and supination were 130° (130° , 130°), 0° (0° , 5°), 90° (70° , 90°), and 90° (70° , 90°), respectively. Thus, only the patients with the most stiffness had clinically meaningful loss of motion.

Of 131 patients with adequate follow-up, forty-one (31%) had an unsuccessful result. The overall complication rate was 27%: 20% of the patients had heterotopic ossification, 3% had osteonecrosis, 3% had premature physal closure, 2% had neurovascular injury, and 1% had residual radiocapitellar instability. Some patients experienced multiple complications.

More invasive reduction techniques were associated with higher initial O'Brien grades, angulation, and displacement ($p \leq 0.001$ for all). There was a non-significant trend toward more invasive reduction techniques with higher BMIs ($p = 0.055$). Open procedures were more likely in children who were ten years of age or older ($p = 0.01$). Better extension ($p = 0.05$), pronation ($p = 0.04$), and supination ($p < 0.001$), but not flexion ($p = 0.66$), were associated with less invasive procedures. There was a trend toward a higher rate of complications with more invasive techniques ($p = 0.08$). The prevalence of heterotopic ossification was unrelated to fixation method.

In unadjusted analysis, unsuccessful outcomes were associated with an age of ten years or more, increased fracture severity (based on the O'Brien grade, displacement, or angulation), and use of more invasive techniques (all $p < 0.001$). The hypothesized age division at ten years was the best cut-point for the data, as all categories greater than or equal to ten years of age had unsuccessful outcome rates of $>50\%$, while all younger categories had rates of $<32\%$.

TABLE III Associations Between Baseline Demographic and Injury Characteristics and Fixation Method

Characteristic	Comparison	Any Procedure Beyond Manipulation*		Open Procedure*	
		Unadjusted	Adjusted	Unadjusted	Adjusted
Age	≥ 10 versus <10 years	2.47 (1.10, 5.57), $p = 0.03$	3.01 (1.11, 8.17), $p = 0.03$	3.18 (1.48, 6.87), $p = 0.003$	3.03 (1.18, 7.77), $p = 0.02$
Angulation	10° greater	1.84 (1.40, 2.42), $p < 0.001$	1.79 (1.31, 2.45), $p < 0.001$	1.67 (1.34, 2.08), $p < 0.001$	1.32 (1.00, 1.75), $p = 0.05$
Displacement	10% greater	1.26 (1.10, 1.45), $p = 0.001$	1.07 (0.93, 1.25), $p = 0.34$	1.38 (1.21, 1.57), $p < 0.001$	1.25 (1.08, 1.46), $p = 0.003$

*The values are given as the odds ratio (95% confidence interval), p value. Age was the only demographic factor independently predictive of requiring more invasive techniques. With other factors controlled, fracture angulation was the only injury characteristic predictive of requiring a procedure beyond closed manipulation. Displacement was the best independent predictor of requiring open reduction.

TABLE IV Associations Between Baseline Characteristics and Unsuccessful Outcome.

Characteristic	Comparison	Analysis	
		Unadjusted*	Adjusted*
Age	≥10 versus <10 years	5.25 (2.30, 11.99), $p < 0.001$	5.85 (2.07, 16.49), $p = 0.001$
Time from injury to surgery	0-2 versus ≥3 days	5.89 (1.93, 17.95), $p = 0.002$	4.73 (1.28, 17.47), $p = 0.02$
Displacement	10% greater	1.31 (1.16, 1.48), $p < 0.001$	1.25 (1.10, 1.43), $p = 0.001$

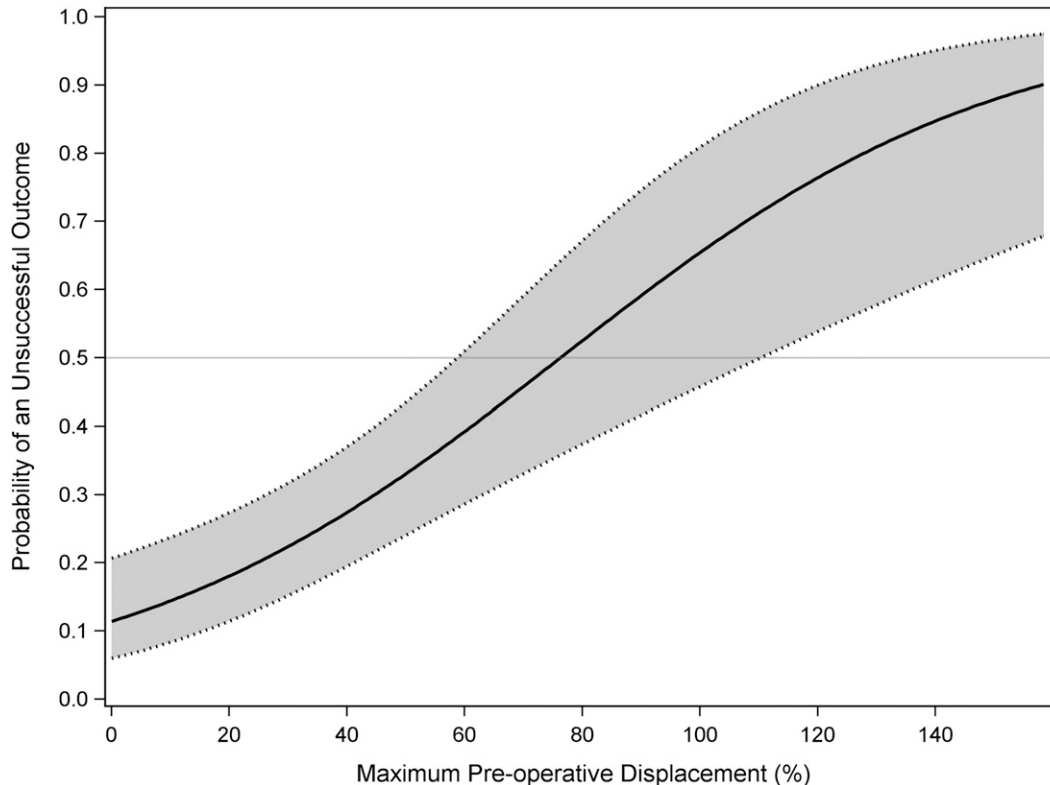
*The values are given as the odds ratio (95% confidence interval), p value. Notably, fracture angulation, either measured in degrees or categorized as an O'Brien grade, was not independently predictive of patient outcome.

Initial coronal and sagittal angulation and displacement were all associated with patient outcomes. However, the maximum displacement or angulation on either radiograph was a better predictor than deformity in any single plane. When maximum angulation or displacement were compared simultaneously with single-plane deformity in a logistic model, the individual plane deformity was always non-significant.

Only seven patients had any displacement on their final radiographs. Although the proportion of unsuccessful outcomes differed between patients with radiographic displacement

(57%) and those without it (37%), this difference was not significant ($p = 0.20$).

When baseline patient characteristics were considered in a multivariable logistic regression analysis, an age of ten years or more, fracture angulation, and fracture displacement were found to be independent predictors of more invasive intervention. Table III summarizes the results of the unadjusted and adjusted analyses. In the multivariable models, an age of ten years or more was associated with threefold higher odds of requiring a more invasive fixation method. Angulation was the only radiographic factor associated with an intervention

**Fig. 3**

Unadjusted estimated probability of an unsuccessful outcome, as a function of the percentage of preoperative displacement. The shaded area represents the 95% confidence interval. A 25% rate of unsuccessful outcomes is predicted with 35% displacement, and a 50% rate of unsuccessful outcomes is predicted with 76% displacement.

beyond closed reduction in the adjusted analysis, whereas both angulation and displacement were associated with open reduction, with displacement having the stronger association (Table III). It was predicted that, with 36° of angulation (33° in the adjusted analysis), 50% of patients will undergo intervention beyond closed reduction, whereas with 65% displacement (79% in the adjusted analysis), half of patients will require open reduction.

Independent predictors of an unsuccessful outcome were identified with use of logistic modeling. When the analysis was controlled for fracture displacement, the O'Brien grade ($p = 0.32$) and fracture angulation ($p = 0.75$) had no predictive value for outcome. However, an age of ten years or more (odds ratio [OR] = 5.85, $p = 0.001$), surgery within two days (OR = 4.73, $p = 0.02$), and greater fracture displacement (OR = 1.25 per 10% displacement, $p = 0.001$) were independent predictors of an unsuccessful outcome (Table IV). With 76% displacement (93% in the adjusted analysis), half of the patients were predicted to have an unsuccessful outcome (Fig. 3).

Given concerns that cumulative trauma from multiple interventions may cause iatrogenic injury and that immediate open reduction might therefore be preferred in some instances, the relationship between the total number of interventions and outcome was assessed. Although the number of patients with an unsuccessful outcome increased with more interventions, the trend was not significant ($p = 0.12$).

Discussion

Radial neck fractures remain a challenging and relatively understudied entity in pediatric orthopaedics. To our knowledge, the current investigation represents the largest reported series of radial neck fractures in children. Previous authors have suggested that deformities of 15° to 45° are acceptable^{7,13,25-27}, and numerous factors have been variably associated with poor outcomes. Although there are some reports of large series^{4-6,9,28}, much of the existing literature is limited by modest sample size and restricted to cohort studies of a specific technique.

Prior work has emphasized techniques to minimize iatrogenic insults to the vulnerable proximal part of the radius. Metaizeau et al. described a method of retrograde nailing that avoids devascularization from soft-tissue stripping². Other potential insults include direct injury from percutaneous pins or cumulative trauma from repeated manipulations²⁹. Thus, while the risks associated with open reduction are known, surgeons have also become wary of attempting, or persisting too long with, closed techniques, exacerbating management controversies^{4,29}.

Greater O'Brien grade, fracture angulation, and fracture displacement were associated with more invasive interventions in our series. This was expected, as existing guidelines for management are based on fracture characteristics^{4,9,10}. Open reduction was more likely in older children, as well as in patients with a higher BMI. Better patient outcomes were observed with an age of less than ten years, less severe fractures, and fewer invasive techniques. It might be anticipated that certain radiographic patterns, such as laterally displaced fractures with the potential for anular ligament entrapment, might be physiologically more

severe. However, in the current analysis, neither angulation nor displacement in any single plane was predictive.

Multiple regression analysis showed that an age of ten years or more, fracture displacement, and time to surgery of less than two days were the only independent predictors of outcome. The relationship between worse outcomes and faster time to surgery is likely due to the fact that more severe injuries prompt faster evaluation, not to inherent dangers in operating promptly. Delaying surgery is not advocated as a means to improve outcomes. In their evaluation of 108 children, Tan and Mahadev similarly found worse patient outcomes associated with increased fracture severity, older age, and more invasive interventions⁹. However, the fractures in their series were less severe than those in ours and, in contrast to our investigation, almost all of their patients were treated with a cast without manipulation. Other authors have similarly noted worse outcomes with more invasive procedures^{2,8}, although our data contradict prior assertions that patients with associated injuries fare worse^{2,9,10}.

Selecting the proper intervention is a particular challenge. Although open reduction is effective at restoring alignment, the complications associated with this procedure are well documented^{2,8}. However, even manipulation or closed procedures can cause iatrogenic injury^{29,30}. Prior authors have advocated treatment decisions based on fracture parameters, often advising open reduction for angulation of >60°^{4,9,10}. However, recent work has challenged that assertion, showing that closed techniques, especially intramedullary nailing, can be successful for severely displaced fractures^{2,5-8,31,32}.

Surgeons may thus be unsure when to persist with closed techniques and when to proceed to open reduction, as evidenced by the twenty-two distinct procedural combinations and variability in management that preceded open reduction in this investigation. Indeed, 24% of the patients who underwent open reduction had had no prior interventions, 43% had had only an attempted closed manipulation, and the remaining 33% had had an attempted closed surgical procedure. This variation in surgical approach is perhaps the most striking finding. An argument for immediate open reduction of severely displaced injuries is that iatrogenic damage can accumulate from multiple unsuccessful interventions. Alternatively, open reduction itself might cause iatrogenic injury. In this investigation, no significant relationship was found between the number of interventions and unsuccessful outcomes. Therefore, closed reduction techniques of increasing complexity (closed reduction, followed by percutaneous pin-assisted reduction, followed by the Metaizeau technique) are recommended before resorting to open reduction.

According to this analysis, half of patients with fracture angulation of 36° are predicted to require an intervention beyond closed manipulation. Furthermore, half of patients with 65% displacement are predicted to require open reduction. Similarly, the likelihood of an unsuccessful outcome based on preoperative fracture characteristics was modeled. Surprisingly, when we controlled for other fracture traits, only displacement was independently predictive of patient outcome. Indeed, fracture displacement may serve as the best proxy for periosteal

and adjacent soft-tissue disruption. One-quarter of patients are predicted to have an unsuccessful outcome with 35% fracture displacement; this increases to one-half with 76% fracture displacement.

There were a number of limitations to the current investigation. This was a retrospective investigation of patients treated in the operating room and thus limited by available data, existing classification schemes, and treatment guidelines. It was not a consecutive series of all treated pediatric radial neck fractures. Furthermore, there was no standardized treatment algorithm; decisions were made at the discretion of the treating surgeon, introducing selection, treatment, and performance biases. The results presented here may reflect clinical decisions based on existing guidelines rather than on “true” requirements. Although we did not identify differences between providers, the possibility of surgeon effect should be considered in any retrospective study. Thus, the outcomes presented here may not be fully generalizable. Finally, no patient-derived, validated instruments were used to assess outcomes.

Despite these limitations, we propose a treatment algorithm based on the current investigation and published information. Closed radial neck fractures with <100% displacement that are not associated with compartment syndrome or neurovascular compromise should undergo closed manipulation in the emergency department, provided that adequate analgesia and expertise are available. If that is unsuccessful, closed manipulation should be repeated with the patient under general anesthesia. Repeated closed reduction in the operating room may be beneficial for two reasons. First, manipulation may be more successful with the patient under general anesthesia and with use of intraoperative fluoroscopy than it is with the use of conscious sedation and limited radiographic imaging. Second, initial closed manipulations are often performed by less experienced providers; treatment by a more experienced orthopaedic surgeon may have better results.

If an adequate reduction cannot be achieved, percutaneous Kirschner wire reduction, with or without fixation, should be considered. If that fails, retrograde intramedullary nailing should follow. Some providers may prefer attempting retrograde nailing before percutaneous Kirschner wire reduction. The present investigation does not provide sufficient evidence to guide the order of the two procedures. Regardless of which order is preferred, all closed techniques should be exhausted before proceeding to open reduction. Due to the lack of controlled trials and recent evidence showing successful closed management of severely angulated or displaced injuries^{2,5-8,31,32}, immediate open reduction should be considered only for patients with associated neurovascular compromise, open fracture, or >100% displacement of the epiphysis. These recommendations do not apply to complex

elbow injuries that include radial neck fracture, which should be evaluated on an individual basis.

In conclusion, management of pediatric radial neck fractures remains controversial. Up to 30% of patients with displaced injuries may have unsuccessful outcomes following surgical treatment. An age of ten years or more and greater fracture displacement are independent predictors of an unsuccessful outcome after radial neck fracture in children. Furthermore, initial fracture angulation and displacement may be used to predict failure of closed manipulation, the need for invasive procedures, and the risk of an adverse outcome. Despite existing variation in management, surgeons should have a consistent, algorithmic approach to these fractures, attempting closed techniques before exposing the radiocapitellar joint and avoiding open reduction whenever possible.

Appendix

 Tables showing the cohort characteristics, the definition of a successful postoperative outcome, and the definitive fixation methods and unsuccessful reduction techniques attempted prior to the definitive procedure as well as a figure demonstrating the management and results of a Grade-3 radial neck fracture and lateral collateral ligament injury sustained in a fall are available with the online version of this article as a data supplement at jbjs.org. ■

Ryan M. Zimmerman, MD
Massachusetts General Hospital,
55 Fruit Street, WHT 535,
Boston, MA 02114

Leslie A. Kalish, ScD
Clinical Research Center,
Boston Children's Hospital and Department of Pediatrics,
Harvard Medical School,
Boston, MA 02115

M. Timothy Hresko, MD
Peter M. Waters, MD
Boston Children's Hospital,
Orthopedic Center,
300 Longwood Avenue, Fegan 2,
Boston, MA 02115

Donald S. Bae, MD
Boston Children's Hospital,
Orthopedic Center,
300 Longwood Avenue, Hunnewell 2,
Boston, MA 02115.
E-mail: Donald.Bae@childrens.harvard.edu

References

- Landin L. Fracture patterns in children. *Acta Orthop Scand Suppl.* (1983;202): 1–109.
- Metaizeau JP, Lascombes P, Lemelle JL, Finlayson D, Prevot J. Reduction and fixation of displaced radial neck fractures by closed intramedullary pinning. *J Pediatr Orthop.* 1993 May-Jun;13(3):355-60.

- Shukla DR, Fitzsimmons JS, An KN, O'Driscoll SW. Effect of radial head malunion on radiocapitellar stability. *J Shoulder Elbow Surg.* 2012 Jun;21(6):789-94. Epub 2012 Apr 21.
- D'souza S, Vaishya R, Klenerman L. Management of radial neck fractures in children: a retrospective analysis of one hundred patients. *J Pediatr Orthop.* 1993 Mar-Apr;13(2):232-8.

5. Eberl R, Singer G, Fruhmman J, Saxena A, Hoellwarth ME. Intramedullary nailing for the treatment of dislocated pediatric radial neck fractures. *Eur J Pediatr Surg*. 2010 Jul;20(4):250-2. Epub 2010 Apr 09.
6. Endeles SM, Wirth T, Eberhardt O, Fernandez FF. The treatment of radial neck fractures in children according to Métaizeau. *J Pediatr Orthop B*. 2010 May;19(3):246-55.
7. Futami TT, Tsukamoto YY, Itoman MM. Percutaneous reduction of displaced radial neck fractures. *J Shoulder Elbow Surg*. 1995 May-Jun;4(3):162-7.
8. Schmittenbecher PP, Haevernick B, Herold A, Knorr P, Schmid E. Treatment decision, method of osteosynthesis, and outcome in radial neck fractures in children: a multicenter study. *J Pediatr Orthop*. 2005 Jan-Feb;25(1):45-50.
9. Tan BHM, Mahadev A. Radial neck fractures in children. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2011 Aug;19(2):209-12.
10. Fowles JV, Kassab MT. Observations concerning radial neck fractures in children. *J Pediatr Orthop*. 1986 Jan-Feb;6(1):51-7.
11. Henrikson B. Isolated fractures of the proximal end of the radius in children: epidemiology, treatment and prognosis. *Acta Orthop Scand*. 1969;40(2):246-60.
12. Jones ER, Esah M. Displaced fractures of the neck of the radius in children. *J Bone Joint Surg Br*. 1971 Aug;53(3):429-39.
13. Steinberg EL, Golomb D, Salama R, Wientroub S. Radial head and neck fractures in children. *J Pediatr Orthop*. 1988 Jan-Feb;8(1):35-40.
14. Vahvanen V, Gripenberg L. Fracture of the radial neck in children. A long-term follow-up study of 43 cases. *Acta Orthop Scand*. 1978 Feb;49(1):32-8.
15. Tibone JE, Stoltz M. Fractures of the radial head and neck in children. *J Bone Joint Surg Am*. 1981 Jan;63(1):100-6.
16. Newman JH. Displaced radial neck fractures in children. *Injury*. 1977 Nov;9(2):114-21.
17. Vocke AK, Von Laer L. Displaced fractures of the radial neck in children: long-term results and prognosis of conservative treatment. *J Pediatr Orthop B*. 1998 Jul;7(3):217-22.
18. Blount WP. Fractures in children are different. *J Iowa State Med Soc*. 1950 May;40(5):203-5.
19. O'Brien PI. Injuries involving the proximal radial epiphysis. *Clin Orthop Relat Res*. 1965 Jul-Aug;41(41):51-8.
20. Chao EY, An KN, Askew LJ, Morrey BF. Electrogoniometer for the measurement of human elbow joint rotation. *J Biomech Eng*. 1980 Nov;102(4):301-10.
21. Morrey BF, Askew LJ, Chao EY. A biomechanical study of normal functional elbow motion. *J Bone Joint Surg Am*. 1981 Jul;63(6):872-7.
22. Cooper JE, Shwedyk E, Quanbury AO, Miller J, Hildebrand D. Elbow joint restriction: effect on functional upper limb motion during performance of three feeding activities. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993 Aug;74(8):805-9.
23. Petuskey K, Bagley A, Abdala E, James MA, Rab G. Upper extremity kinematics during functional activities: three-dimensional studies in a normal pediatric population. *Gait Posture*. 2007 Apr;25(4):573-9. Epub 2006 Jul 27.
24. Magermans DJ, Chadwick EKJ, Veeger HEJ, van der Helm FCT. Requirements for upper extremity motions during activities of daily living. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2005 Jul;20(6):591-9.
25. Neher CG, Torch MA. New reduction technique for severely displaced pediatric radial neck fractures. *J Pediatr Orthop*. 2003 Sep-Oct;23(5):626-8.
26. Prathap Kumar KR, Garg NK, Bruce CE. Elastic stable intramedullary nail fixation for severely displaced fractures of the neck of the radius in children. *J Bone Joint Surg Br*. 2006 Mar;88(3):358-61.
27. Evans MCM, Graham HKH. Radial neck fractures in children: a management algorithm. *J Pediatr Orthop B*. 1999 Apr;8(2):93-9.
28. Brandão GF, Soares CB, Teixeira LEM, Boechat L de C. Displaced radial neck fractures in children: association of the Métaizeau and Böhler surgical techniques. *J Pediatr Orthop*. 2010 Mar;30(2):110-4.
29. Uğutmen E, Ozkan K, Ozkan FU, Eceviz E, Altintas F, Unay K. Reduction and fixation of radius neck fractures in children with intramedullary pin. *J Pediatr Orthop B*. 2010 Jul;19(4):289-93.
30. Navali AM, Sadighi A. Displaced fracture of the neck of the radius with complete 180 degrees rotation of the radial head during closed reduction. *J Hand Surg [Br]*. 2006 Dec;31(6):689-91.
31. Garcia-Alvarez F, Gil-Albarova J, Bello ML, Bueno AL, Seral F. Results in displaced radial neck fractures in children. Métaizeau technique versus arthrotomy. *Chir Organi Mov*. 2001 Jul-Sep;86(3):211-7.
32. Klitscher D, Richter S, Bodenschütz K, Hückstädt T, Weltzien A, Müller LP, Schier F, Rommens PM. Evaluation of severely displaced radial neck fractures in children treated with elastic stable intramedullary nailing. *J Pediatr Orthop*. 2009 Oct-Nov;29(7):698-703.

Copyright of Journal of Bone & Joint Surgery, American Volume is the property of Journal of Bone & Joint Surgery, Inc. and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Radial neck fractures in children: experience from two level-1 trauma centers

Hrayr G. Basmajian^{b,*}, Paul D. Choi^{a,*}, Kenneth Huh^a, Wudbhav N. Sankar^c, Lawrence Wells^c and Alexandre Arkader^a

The aim of this study was to compare different treatment modalities for different severities of pediatric radial neck fractures in a large cohort of patients and determine prognostic factors. A retrospective, comparative study was conducted of all children treated for different severities of radial neck fractures at two level-1 pediatric trauma centers between 1990 and 2007. Pertinent data were collected, and the outcome was measured by the Tibone criteria. Several variables were compared to determine the prognostic value. Seventy-eight children were identified, 35 male and 43 female, at an average age of 7.8 years (range 3–15 years). Twenty-nine of the 78 (37%) children had associated injuries. Fracture patterns varied in their severity. Nineteen patients needed casting alone; 16 required closed reduction; of the children requiring surgery, 26 responded to percutaneous reduction and 17 were severe enough to need open reduction. Complications occurred in 28/78 (36%) children, 24 of which were related to stiffness. Seventeen of the 19 (89%) fractures that were amenable to casting alone had excellent or good outcomes, as did 11/16 (69%) in the closed reduction group. Among children treated operatively, 19/26 (73%) patients who underwent percutaneous reduction had an excellent or good outcome. Only 6/17 (35%) of the severe cases who underwent open reduction had an excellent or good outcome. The treatment method, essentially dictated by the severity of the cases, did correlate with the outcome ($P=0.001$). Compared with more severe fractures that required operative treatment, patients treated nonoperatively had a higher rate of excellent to good outcome ($P=0.018$). In particular, patients who underwent percutaneous reduction alone had improved outcomes versus open reduction ($P=0.008$). The outcome was not related to the presence of an associated injury ($P=0.302$).

Initial fracture severity, as graded by the Judet classification, correlated with the outcome ($P=0.004$). Furthermore, age also expressed significance, as patients younger than 10 years of age tended to do better than those above 10 years of age ($P=0.025$). Children with less severe radial neck fractures amenable to nonoperative treatment fare well. Operative treatment of these fractures, particularly in severe cases when an open (not percutaneous) reduction is needed, is associated with a higher risk of poor outcome. Children over 10 years of age, especially those with more severe initial angulation, tend to fare worse. The presence of associated injuries does not appear to increase the risk of a poor outcome after treatment. There is a high rate of complications (36%), stiffness being the most common (24). This large bi-center retrospective study from two level-1 pediatric trauma centers emphasizes that in severe cases of radial neck fractures, open treatment does not necessarily decrease the risk of a poor outcome. *J Pediatr Orthop B* 23:369–374 © 2014 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Journal of Pediatric Orthopaedics B 2014, 23:369–374

Keywords: elbow fracture, Judet, pediatric fractures, percutaneous reduction, radial head, radial neck

^aDivision of Orthopaedic Surgery, Children's Hospital of Los Angeles, Los Angeles, ^bDepartment of Orthopaedic Surgery, Loma Linda University Medical Center, Loma Linda, California and ^cDivision of Orthopaedic Surgery, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania, USA

Correspondence to Hrayr G. Basmajian, MD, Department of Orthopaedic Surgery, Loma Linda University Medical Center, 11406 Loma Linda Drive, Suite 218, Loma Linda, CA 92354, USA
Tel: +1 909 558 6444; fax: +1 909 558 6118;
e-mail: basmajianmd@gmail.com

*Hrayr G. Basmajian and Paul D. Choi contributed equally to the writing of this article.

Introduction

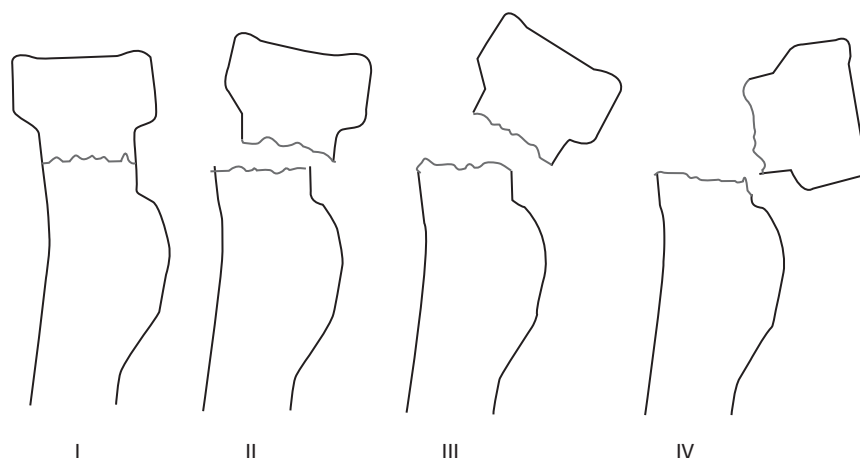
Radial neck fractures are uncommon, accounting for ~1% of all pediatric fractures, and 5–10% of all elbow fractures in children [1–3]. Associated injuries can be present 50% of the time [4–7]. Treatment recommendations include closed, percutaneous, and open reduction methods followed by no stabilization, intramedullary nailing, percutaneous pinning, or internal fixation [1,2,5,8–13].

These treatments are normally undertaken with the intention of restoring elbow motion and improving blood supply from a severely angulated and/or displaced fracture. Although good results have been reported after these varying treatment methods, the optimal treatment is still unclear.

Many studies exist on the treatment of radial neck fractures in children and adolescents; however, most are limited to small cohorts, single surgeon or institution experience, and an analysis of only one or two treatment

The study was conducted at the Children's Hospital Los Angeles, Los Angeles, California and Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania.

Fig. 1



The classification as described by Judet and colleagues: grade I, undisplaced fracture; grade II, $<30^\circ$ (angulation of radial neck) and translation $<50\%$; grade III, angulation = $30\text{--}60^\circ$ and translation $<100\%$; grade IV, angulation = $60\text{--}90^\circ$ and translation $>100\%$.

methods without a comprehensive review of all available techniques [4,5,8,10,14–18]. This study reviews the experience at two level-1 pediatric centers with the treatment of pediatric radial neck fractures and includes an evaluation of the several available treatment techniques. The purposes of this study were as follows: (a) to compare the different available treatment modalities for radial neck fractures; (b) to evaluate the overall outcome and incidence of complications related to the treatment of pediatric radial neck fractures; and (c) to identify potential prognostic factors (related to outcome).

Materials and methods

After institutional review board approval, ICD-9 coding was used to retrospectively identify all patients with elbow fractures at two level-1 pediatric trauma centers between 1990 and 2007. We included all children who had undergone treatment for a radial neck fracture, regardless of the treatment method or the presence of associated injuries; we excluded patients who were not followed until radiographic and clinical union. We also excluded all patients younger than 3 years of age as the radial head is not yet ossified and also all patients over 15 years of age, as they are more likely to be treated as adults. Medical charts were reviewed, and the data collected included age and sex, the side of injury, the mechanism of injury (injury characteristics), associated injuries, the treatment method, the final elbow and forearm range of motion (ROM), residual pain, functional deficits, and complications. In addition, all available plain radiographs were reviewed. Fracture angulations were measured on a fully supinated anteroposterior view of the elbow [1,15]. On the basis of preoperative displacement

and angulation, all fractures were classified according to the Judet classification (Fig. 1) [19].

Treatment methods

There was no pre-established treatment protocol, but the following general guidelines were utilized. Nonoperative treatment (sling or a long arm cast for 4–6 weeks) was recommended for patients with isolated Judet I or II radial neck fractures. For Judet III and IV fractures, a graduated treatment algorithm was used. Closed reduction was first attempted under anesthesia to improve the angulation to less than 30° and translation less than 50% [20,21]. If unsuccessful, percutaneous reduction was attempted utilizing the Metaizeau technique [22] or a percutaneous Kirschner wire or Freer elevator directly to the fracture site (Fig. 2) [10,15,16]. Open reduction through a lateral Kocher approach was indicated for those patients who failed closed and percutaneous reduction attempts. Fractures were stabilized according to the postreduction stability assessment under live fluoroscopy or direct vision. Of note, all operatively treated injuries were also treated with an average immobilization of 4 weeks (range 0–10 weeks). For analysis purposes, patients were divided into four treatment groups: group A, nonoperative treatment with no reduction attempt; group B, nonoperative with closed reduction; group C, percutaneous reduction; group D, open treatment.

Outcomes

At the last follow-up, the outcome was graded clinically according to the Tibone elbow outcome scoring system [4]. There are four groups (excellent, good, fair, and poor) based on ROM, pain, and deformity (Table 1) [4]. Normal ROM was defined as $0\text{--}145^\circ$ of extension and flexion and 71 and 84° of pronation and supination,

Fig. 2

(a) Anteroposterior and lateral radiographs demonstrating a displaced radial neck fracture with an associated ulna fracture. (b) Anteroposterior radiograph demonstrating reduction using a percutaneous K-wire and a Freer tool. (c) Anteroposterior and lateral radiographs after percutaneous reduction using no fixation.

respectively [23,24]. The outcome was then reviewed and compared with different variables, including

demographics, Judet classification, associated injuries, and treatment.

Table 1 Tibone outcome classification

Grades	Pain	ROM	Carrying angle
Excellent	No	Full	Normal
Good	Occasional (insignificant)	<20° loss	Increased <10°
Fair	Occasional (insignificant)	>20° loss	Increased >10°
Poor	Needed further surgery		

ROM, range of motion.

Statistical analysis

Statistical analysis was performed using SPSS software (IBM, Armonk, New York, USA). We also performed univariate and multivariate analyses.

Results

Patient and injury characteristics

Seventy-eight patients met the inclusion criteria. The mean age was 7.8 years (range 3–15 years), with 35 male and 43 female patients. A fall (75 patients) was the most common mechanism of injury. Injuries were closed in 76 patients and open in two patients. Twenty-nine (37%) patients had associated injuries, with ipsilateral ulna fractures (19 patients) (Fig. 2a) and elbow instability (seven patients) being the most common. Seventy-three out of 78 patients had appropriate pretreatment plain radiographs including an attempted fully supinated anteroposterior and a lateral view at the least, four had injuries graded Judet I, 23 Judet II, 26 Judet III, 20 Judet IV, and five were not documented.

Treatment methods

Nineteen patients underwent nonoperative treatment with casting or sling (group A); 16 patients underwent closed reduction (group B); 26 patients underwent percutaneous reduction (group C) with three requiring percutaneous pinning and two intramedullary nailing for stabilization; 17 patients required open reduction (group D): three with internal fixation, five percutaneous pinning, and nine no stabilization. Of note, groups C and D included the more severe injuries, with group D having 70% Judet IV injuries.

Follow-up

The average follow-up was 4.4 months (range 3 weeks to 28 months).

Outcomes

After treatment, 37 patients had an excellent outcome, 16 patients had a good outcome, 23 patients had a fair outcome, and two patients had a poor outcome.

Predictors of outcome

Age did correlate with the outcome: 74% (40/54) of the patients younger than 10 years of age had excellent to good outcomes compared with 54% (13/24) of the patients aged 10 years and older ($P = 0.025$).

The initial fracture severity (Judet classification) correlated significantly with the outcome. Eighty-one percent (22/27) of the patients with Judet I and II fractures had excellent to good outcomes, compared with 58% (26/45) of patients with Judet III and IV fractures ($P = 0.004$).

The treatment method also correlated significantly with the outcome ($P = 0.001$). Eighty percent (28/35) of patients who underwent nonoperative treatment with or without closed reduction had excellent to good outcomes, compared with 58% (25/43) of the patients who required operative treatment in the form of percutaneous reduction or open treatment ($P = 0.018$). Patients who underwent nonoperative treatment (with casting alone) did the best: an 89% (17/19) rate of excellent to good outcome compared with a 61% (36/59) rate in all other patients. Patients who underwent percutaneous reduction had excellent or good outcome 73% (19/26) of the time and fared favorably compared with patients requiring open reduction ($P = 0.008$). Finally, patients requiring open treatment did poorly: only 35% (6/17) of these patients had an excellent to good outcome.

The outcome was not related to the presence of an associated injury ($P = 0.302$).

Complications

The overall complication rate was 36% (28/78 patients), with stiffness (> 20° loss in any plane) being the most frequent (24). Additional complications included pain (one), heterotopic ossification (one), avascular necrosis (one), radioulnar synostosis (one), and both avascular necrosis and a synostosis in one patient. One patient had more than one complication. There were no cases of premature physal closure, radial head overgrowth, nonunion, malunion, pin-tract infection, or hardware breakage that we identified.

Discussion

As one of the largest series to date in the literature, this two-center comprehensive review of the main available treatment methods (nonoperative treatment with or without closed reduction, percutaneous reduction, and open treatment) for pediatric radial neck fractures reports an overall favorable outcome after the treatment for pediatric radial neck fractures, with 70% of the patients having excellent to good outcome. Using the Tibone elbow scoring system to gauge outcomes [4], the majority of the patients (54/78) reported only occasional to no pain, had minimal (< 20° loss) to no loss of elbow motion, and minimal to no deformity. The Tibone elbow scoring system was selected because it includes many aspects we consider to be important (ROM, deformity), as do other scoring systems, but it is one of the only ones to include the subjective report of pain.

Favorable results with closed treatment and poorer results after open reduction have been reported previously in the

literature [4,5,10]. Improved results after percutaneous reduction compared with open treatment have also been reported [1,4,7,9,14,15]. Similarly, in the present study, we observed that radial neck fractures treated nonoperatively (with or without closed reduction) fared better than those treated surgically. Our results also support a direct relationship between better outcomes and less aggressive or invasive treatment methods. However, we must again mention that the more severe fractures were usually treated with more aggressive methods.

Radial neck fractures in children are accompanied by a high incidence of complications, with reported rates ranging from 18 to 79% [1,5–7,10,15]. Unfortunately, most studies do not report a direct incidence and also do not normally include stiffness as a reported complication. Similar to the literature, we report a 36% incidence of complications, with a decreased ROM being the most common.

Multiple factors have been thought to be related to the outcome after treatment for pediatric radial neck fractures – age, fracture/injury severity, associated injuries, and the treatment method [7,16,17,25]. Knowing the predictors of the outcome can be invaluable when discussing treatment options with a patient and family. In this study, we identified the fracture severity at presentation (defined by the Judet classification) and the treatment method as significant determinants of the outcome. Eighty-one percent of the patients with Judet I and II injuries on presentation had excellent to good outcome, compared with only 54% of patients with Judet III and IV injuries ($P = 0.004$). Over 80% of the patients who underwent closed treatment had excellent to good outcome, compared with less than 60% who required operative treatment in the form of percutaneous reduction or open treatment.

These factors (the initial fracture severity and the treatment method) may be interrelated, as more severe fractures will generally warrant a more aggressive or invasive treatment. In general, patients with Judet I and II injuries underwent nonoperative treatment alone (84%) compared with patients with Judet III and IV fractures (17%; $P = 0.00004$). More than one-third of the patients with Judet III and IV fractures underwent open reduction, compared with 6% of patients with Judet I and II fractures. Patients with Judet IV fractures required open reduction most frequently, compared with all other injury groups ($P = 0.0005$).

While older age and the presence of associated injuries have been reported to be poor predictive factors [16,17,25], in this large two-center study, only older age was a significant negative factor ($P = 0.025$). The age of the patient did appear to influence the outcome, with patients younger than 10 years having a higher rate of excellent to good outcome. The presence of an associated

injury did not correlate with the final outcome in the present study.

Limitations of this study include those inherent to all retrospective studies. Follow-up evaluation was limited to an average of 4.4 months (range 3 weeks to 28 months). Although a longer follow-up would strengthen the validity of this descriptive study, we do feel that this is typical of a pediatric study population at tertiary care centers. Also, this short follow-up could cause us to over-report some complications such as stiffness and under-report other growth-related complications. Although there are validated elbow outcome scoring systems for adults [24,26], that is not the case for children. In addition, this study is a large series when compared with the literature, but the numbers remain limited, and a possible lack of power needs to be considered. Lastly, we have included a broad age range and this confounds our results, but also mimics standard pediatric practice and allows us to examine the effects of age.

Conclusion

We identify age, the initial fracture severity, and the treatment method as predictive factors for the outcome in pediatric radial neck fractures. Less severe fractures that do not need reduction will do the best and severe injuries requiring open reduction will do the worst. The presence of associated injuries appears to be less important.

Acknowledgements

Conflicts of interest

There are no conflicts of interest.

References

- 1 Radomisli TE, Rosen AL. Controversies regarding radial neck fractures in children. *Clin Orthop Relat Res* 1998; **353**:30–39.
- 2 Herring JA, Tachdjian MO. *Tachdjian's pediatric orthopaedics*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2002.
- 3 Stiefel D, Meuli M, Altermatt S. Fractures of the neck of the radius in children. Early experience with intramedullary pinning. *J Bone Joint Surg Br* 2001; **83**:536–541.
- 4 Tibone JE, Stoltz M. Fractures of the radial head and neck in children. *J Bone Joint Surg Am* 1981; **63**:100–106.
- 5 Evans MC, Graham HK. Radial neck fractures in children: a management algorithm. *J Pediatr Orthop B* 1999; **8**:93–99.
- 6 D'Souza S, Vaishya R, Klenerman L. Management of radial neck fractures in children: a retrospective analysis of one hundred patients. *J Pediatr Orthop* 1993; **13**:232–238.
- 7 Schmittenbecher PP, Haevernick B, Herold A, Knorr P, Schmid E. Treatment decision, method of osteosynthesis, and outcome in radial neck fractures in children: a multicenter study. *J Pediatr Orthop* 2005; **25**:45–50.
- 8 Malmvik J, Herbertsson P, Josefsson PO, Hasselius R, Besjakov J, Karlsson MK. Fracture of the radial head and neck of Mason types II and III during growth: a 14–25 year follow-up. *J Pediatr Orthop B* 2003; **12**:63–68.
- 9 Rockwood CA, Wilkins KE, Beaty JH, Kasser JR. *Rockwood and Wilkins' fractures in children*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- 10 Bernstein SM, McKeever P, Bernstein L. Percutaneous reduction of displaced radial neck fractures in children. *J Pediatr Orthop* 1993; **13**:85–88.
- 11 Feray C. Original method of bloodless reduction of severe fractures of the head of the radius in children. *Presse Med* 1969; **77**:2155–2156.
- 12 Neher CG, Torch MA. New reduction technique for severely displaced pediatric radial neck fractures. *J Pediatr Orthop* 2003; **23**:626–628.

- 13 Monson R, Black B, Reed M. A new closed reduction technique for the treatment of radial neck fractures in children. *J Pediatr Orthop* 2009; **29**:243–247.
- 14 Metaizeau JP, Lascombes P, Lemelle JL, Finlayson D, Prevot J. Reduction and fixation of displaced radial neck fractures by closed intramedullary pinning. *J Pediatr Orthop* 1993; **13**:355–360.
- 15 Steele JA, Graham HK. Angulated radial neck fractures in children. A prospective study of percutaneous reduction. *J Bone Joint Surg Br* 1992; **74**:760–764.
- 16 Rodriguez Merchan EC. Percutaneous reduction of displaced radial neck fractures in children. *J Trauma* 1994; **37**:812–814.
- 17 Steinberg EL, Golomb D, Salama R, Wientroub S. Radial head and neck fractures in children. *J Pediatr Orthop* 1988; **8**:35–40.
- 18 Pesudo JV, Aracil J, Barcelo M. Leverage method in displaced fractures of the radial neck in children. *Clin Orthop Relat Res* 1982; **169**:215–218.
- 19 Judet J, Judet R, Lefranc J. Fracture of the radial head in the child. *Ann Chir* 1962; **16**:1377–1385.
- 20 Patterson R. Treatment of displaced transverse fractures of the neck of the radius in children. *J Bone Joint Surg* 1934; **16**:695–698.
- 21 Kaufman B, Rinott MG, Tanzman M. Closed reduction of fractures of the proximal radius in children. *J Bone Joint Surg Br* 1989; **71**:66–67.
- 22 Metaizeau JP, Prevot J, Schmitt M. Reduction and fixation of fractures of the neck of the radius by centro-medullary pinning. Original technic. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1980; **66**:47–49.
- 23 Golden DW, Jhee JT, Gilpin SP, Sawyer JR. Elbow range of motion and clinical carrying angle in a healthy pediatric population. *J Pediatr Orthop B* 2007; **16**:144–149.
- 24 Morrey BF, Sanchez-Sotelo J. *The elbow and its disorders*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2009.
- 25 Lindham S, Hugosson C. The significance of associated lesions including dislocation in fractures of the neck of the radius in children. *Acta Orthop Scand* 1979; **50**:79–83.
- 26 Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). *Am J Ind Med* 1996; **29**:602–608.



CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/03/2023 - 14:20:37
Recibo No. S000818374, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ESntksWpUm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=20> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios, renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2023.

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, Caldas

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 I - NIIF PLENAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CLL 51 24 50 - Versalles
Municipio : Manizales, Caldas
Correo electrónico : juridico@clinicaospedalemanizales.com.co
Teléfono comercial 1 : 8879100
Teléfono comercial 2 : 8852649
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CLL 51 24 50 - Versalles
Municipio : Manizales, Caldas
Correo electrónico de notificación : juridico@clinicaospedalemanizales.com.co
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



CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/03/2023 - 14:20:37
Recibo No. S000818374, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ESntksWpUm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=20> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios, renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2023.

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



CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/03/2023 - 14:20:37
Recibo No. S000818374, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ESntksWpUm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=20> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios, renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2023.

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



CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/03/2023 - 14:20:37
Recibo No. S000818374, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ESntksWpUm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=20> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios, renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2023.

artículo 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 GALLEGU OROZCO	C.C. No. 4.517.967

Por Acta No. 56 del 21 de junio de 2022 de la Asamblea Extraordinaria De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 23 de agosto de 2022 con el No. 93906 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS JUDICIALES	LIZ NATALIA ALARCON RUIZ	C.C. No. 1.018.416.692

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



CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/03/2023 - 14:20:37
Recibo No. S000818374, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ESntksWpUm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=20> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios, renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2023.

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
SUPLENTE		
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

SUPLENTE		
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

SUPLENTE		
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION



CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/03/2023 - 14:20:37
Recibo No. S000818374, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ESntksWpUm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=20> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios, renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2023.

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 DESIGNADO POR FIRMA REVISORA	CARMEN ELENA GAVIRIA GIRALDO	C.C. No. 24.341.799	191234-T
REVISOR FISCAL SUPLENTE DESIGNADO POR FIRMA REVISORA	LUISA FERNANDA GONZALEZ GIRALDO	C.C. No. 1.053.822.074	260191-T

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.



CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/03/2023 - 14:20:37
Recibo No. S000818374, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ESntksWpUm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=20> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios, renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2023.

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



CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/03/2023 - 14:20:37
Recibo No. S000818374, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ESntksWpUm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=20> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios, renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2023.

Dirección : KR 24 Nro. 51 02 - Versalles
Municipio: Manizales, Caldas

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, Caldas

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, artículo 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



CÁMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/03/2023 - 14:20:37
Recibo No. S000818374, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN ESntksWpUm

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=20> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

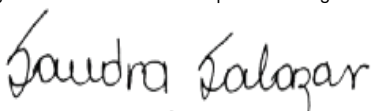
La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios, renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2023.

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.


SANDRA MARÍA SALAZAR/ARIAS

*** 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 e

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

12/02/2021

AYEUG4GCVIEA00Y9



SEC335689283



SDO834844454

República de Colombia



31/12/2020

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

Fecha expedición: 2021/03/19 - 16:34:35 **** Recibo No. H000023668 **** Num. Operación. 01-AUXCER1-20210319-0055

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUOVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2021.*** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII) ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN jqCYr8twF7

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

MATRÍCULA - 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, COM INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : L6810 - ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS
ACTIVIDADES : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

República de Colombia





CAMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS

CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A

Fecha expedición: 2021/03/19 - 16:34:35 **** Recibo No. H000023668 **** Num. Operación. 01-AUXCER1-20210319-0055

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS

RENUOVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2021.

*** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII) ***

CODIGO DE VERIFICACIÓN jqCYr8twF7

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



CAMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS

CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A

Fecha expedición: 2021/03/19 - 16:34:36 **** Recibo No. H000023668 **** Num. Operación. 01-AUXCER1-20210319-0055

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS

RENUEVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2021.

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

CODIGO DE VERIFICACIÓN jqCYr8twF7

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 CON 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 10,249,208

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
TERCER RENGLON	JIMENEZ MEJIA LUIS FERNANDO

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

**CAMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS****CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A**

Fecha expedición: 2021/03/19 - 16:34:36 **** Recibo No. H000023688 **** Num. Operación. 01-AUXCER1-20210319-0055

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS

RENUÉVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2021.

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

CODIGO DE VERIFICACIÓN jqCYr8twF7

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 SUPLENTE**

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,

Cámara de Comercio
de Manizales

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 CONDUENTES 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 SUPLENDO 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 SUJECCIÓN 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
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	RENDON VALENCIA EDELBERTO DE JESUS	CC 10,243,476

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

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

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

República de Colombia





CAMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS

CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A

Fecha expedición: 2021/03/19 - 16:34:36 **** Recibo No. H000023668 **** Num. Operación. 01-AUXCER1-20210319-0055

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS

RENUOVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2021.

*** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII) ***

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN jqCYr8twF7

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 COMPAÑÍA, 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 RENUEENTE 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.

Fecha expedición: 2021/03/19 - 16:34:37 **** Recibo No. H000023668 **** Num. Operación. 01-AUXCER1-20210319-0055

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS

RENUEVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2021.

*** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII) ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN jqCYr8twF7

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.

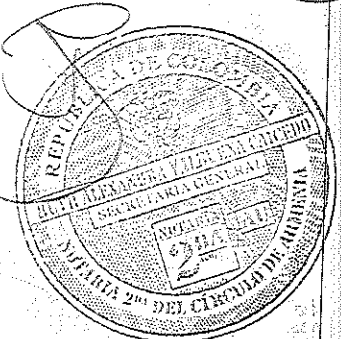
La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

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 ***

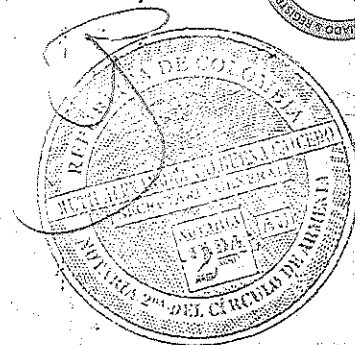


NOTARIA 2ª DEL CÍRCULO DE ARMENIA
ESPACIO EN BLANCO

NOTARIA 2ª DEL CÍRCULO DE ARMENIA
ESPACIO EN BLANCO

República de Colombia

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42734735

ESTRADA AGUDELO
APELLIDOS

LUIZ MARINA
NOMBRES

FECHA

17/12/2020

DGCB30VJ73ET3JG8



SDC834224185

SDC834224185



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

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-SEP-1991 ITAGUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-0115100-20091531-F-0042794735-20011107 03649 01306A 02 103338223

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.808.594

TOBON PATINO

APELLIDOS

BYRON DAVID

NOMBRES

Byron David Tobon



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-ENE-1991

SALAMINA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

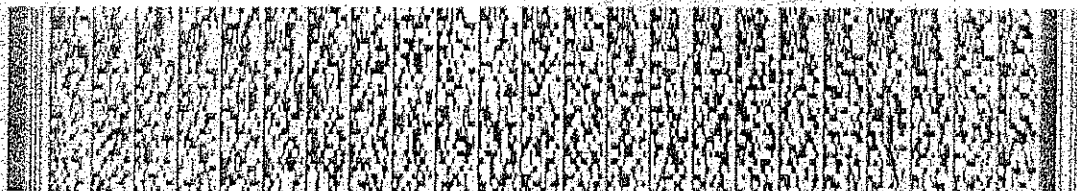
SEXO

13-FEB-2009 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0930100-00161525-M-1053808594-20090706

0013119014A.1

30688225

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO


Consejo Superior de la Judicatura


VERZARA

NOMBRES: BYRON DAVID
APELLIDOS: TOBON PATINO
Byron David Tobon P

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
Diana Alexandra Remolina Botia
DIANA ALEXANDRA REMOLINA BOTIA

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FECHA DE GRADO: 26/06/2020
CONSEJO SECCIONAL CALDAS

CEDULA: 1053808594
FECHA DE EXPEDICION: 03/08/2020
TARJETA N°: 346730

NOTARIA 2^{DA} DEL CIRCUITO DE ARMENA
ESPACIO EN BLANCO



República de Colombia

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



NOTARIA S.A. DEL CREDITO DE AHORRO
ESPACIO EN BLANCO

NOTARIA S.A. DEL CREDITO DE AHORRO
ESPACIO EN BLANCO



SDC134224184

17/12/2020

34B83PJ1SHQ9VH98



SDC134224184



República de Colombia



SDO034844453

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:

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

- 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

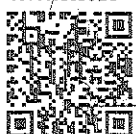
Copias de las cédulas de ciudadanía

12/02/2021

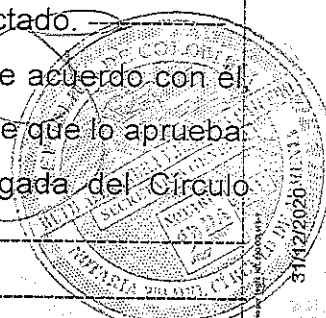
R5NNFOSZP21FILCR

SEC535989282

SEC535989282



República de Colombia



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

EXTENSION Y COPIAS: \$ 46.800

IDENTIFICACIÓN BIOMÉTRICA: \$ 3.200

LUZ MARINA ESTRADA AGUDELO

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

PODERDANTE

C.C. No. 42.794.735.

TEL 312 872 5563

DIRECCION / CIUDAD CL 1.412-30 Edif. JA club, Armenia.

E-MAIL: luana.estrada @ Ospedale.com.co.

PROFESION U OFICIO Gerente. ACTIVIDAD ECONOMICA:

ESTADO CIVIL: Soltero.

PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE DECRETO 1674 DE 2016. SI ☐ NO ☒

CARGO: Rep. legal.

1 Carlos Lier

LUIS FERNANDO CASTELLANOS NIETO

NOTARIO SEGUNDO (2) DEL CÍRCULO DE ARMENIA

DMVB





SDC234213590



República de Colombia

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

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 Secretaría 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

SDC234213590

L46IMZQWYH00WZ56

17/12/2020

Firmado por Luis Fernando Castellanos Nieto

ARMENIA
NOTARIA 2ª DEL CIRCULO DE
ESPACIO EN BLANCO

ARMENIA
NOTARIA 1ª DEL CIRCULO DE
ESPACIO EN BLANCO

Manizales, Caldas
Marzo 2023
HONORABLE
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO MANIZALES, CALDAS
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: CLEIDERMAN RAMIREZ ARANGO Y OTROS
DEMANDADO: CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A.
LLAMADO EN GARANTIA: SALUD TOTAL EPS-S S.A., CLÍNICA OSPEDALE
MANIZALES S.A Y OTROS
RADICACIÓN: 17-001-003-002-2022-00184-00

REF: TRASLADO PREVIO DE LA CONTESTACION DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.

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 al llamamiento en garantía que realizó la EPS SALUDTOTAL a mi representada, en oportunidad por el canal dispuesto para ello, aunado a ello se corre traslado previo.

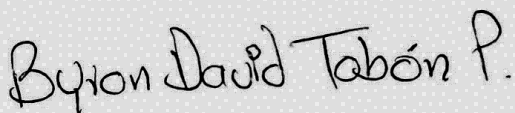
SE ANEXA:

- Contestación y anexos.
- Testigos Email certificado del traslado previo de la contestación al llamante.

NOTIFICACIONES.

Atenderé notificaciones tanto las personales como las de mi poderdante en el correo electrónico juridico@clinicaospedalemanizales.com.co y tobondavid31@gmail.com ; o en la sede de la **CLINICA OSPEDALE MANIZALES** en Manizales, Caldas en la dirección Cra 24 No 51-02 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. 346.730 del C.S de la J.

Móvil: 3148223501

Correo E: juridico@clinicaospedalemanizales.com.co y tobondavid31@gmail.com

ACUSE DE RECOBO TRASLADO PREVIO DE LA CONTESTACION DEL LLAMAMIENTO

Alerta: Mensaje 615000 con estado Acuse de recibo



Alerta cambio de estado mensaje 615000 en e-entrega <no-rep

Para CLINICA OSPEDALE

Firmado por correoseguro@e-entrega.co



8:28 a.m.



Alerta estado de mensaje.

Id mensaje: 615000

Destinatario nombre: SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.

Destinatario correo: notificacionesjud@saludtotal.com.co

Asunto: TRASLADO PREVIO CONTESTACION LLAMAMIENTO EN GARANTIA RAD 17-001-003-002-2022-00184-00

Fecha envío del mensaje: 2023-03-27 08:27:52

Estado: Acuse de recibo

DESTINATARIO ABRIÓ LA NOTIFICACION

Alerta: Mensaje 615000 con estado El destinatario abrió la notificación



Alerta cambio de estado mensaje 615000 en e-entrega <no-rep

Para CLINICA OSPEDALE

Firmado por correoseguro@e-entrega.co



8:36 a.m.



Alerta estado de mensaje.

Id mensaje: 615000

Destinatario nombre: SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.

Destinatario correo: notificacionesjud@saludtotal.com.co

Asunto: TRASLADO PREVIO CONTESTACION LLAMAMIENTO EN GARANTIA RAD 17-001-003-002-2022-00184-00

Fecha envío del mensaje: 2023-03-27 08:36:19

Estado: El destinatario abrió la notificación

LECTURA DEL MENSAJE

Alerta: Mensaje 615000 con estado Lectura del mensaje



Alerta cambio de estado mensaje 615000 en e-entrega <no-rep

Para CLINICA OSPEDALE

Firmado por correoseguro@e-entrega.co



8:39 a.m.



Alerta estado de mensaje.

Id mensaje: 615000

Destinatario nombre: SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.

Destinatario correo: notificacionesjud@saludtotal.com.co

Asunto: TRASLADO PREVIO CONTESTACION LLAMAMIENTO EN GARANTIA RAD 17-001-003-002-2022-00184-00

Fecha envío del mensaje: 2023-03-27 08:38:25

Estado: Lectura del mensaje

Clínica Ospedale Manizales S.A Nit 810003245-1

Sede principal: Cra 24 No 51-02 Manizales, Caldas | 887 9100

Dpto. Jurídico: Correo Electrónico: juridico@clinicaospedalemanizales.com.co

Teléfono móvil: 3148223501



@-entrega

Acta de envío y entrega de correo electrónico

e-entrega Certifica que ha realizado el servicio de envío de la notificación electrónica, a través de su sistema de registro de ciclo de comunicación Emisor-Receptor.

Según lo consignado los registros de e-entrega el mensaje de datos presenta la siguiente información:

Resumen del mensaje

Id Mensaje	615000
Emisor	juridico@clinicaospedalemanizales.com.co
Destinatario	notificacionesjud@saludtotal.com.co - SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.
Asunto	TRASLADO PREVIO CONTESTACION LLAMAMIENTO EN GARANTIA RAD 17-001-003-002-2022-00184-00
Fecha Envío	2023-03-27 08:11
Estado Actual	Lectura del mensaje

Trazabilidad de notificación electrónica

Evento	Fecha Evento	Detalle
Mensaje enviado con estampa de tiempo	2023/03/27 08:16:17	Tiempo de firmado: Mar 27 13:16:17 2023 GMT Política: 1.3.6.1.4.1.31304.1.1.2.3.0.
Acuse de recibo	2023/03/27 08:16:19	Mar 27 08:16:19 cl-t205-282cl postfix/smtp [8434]: 6E20112487D9: to=<notificacionesjud@saludtotal.com.co>, relay=smtp.saludtotal.com.co[200.31.17.85]: 25, delay=2.1, delays=0.13/0/0.93/1, dsn=2.0.0, status=sent (250 2.0.0 Ok: queued as 0B808A57DA)
El destinatario abrió la notificación	2023/03/27 08:36:19	Dirección IP: 201.234.178.151 Agente de usuario: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/109.0.0.0 Safari/537.36
Lectura del mensaje	2023/03/27 08:38:25	Dirección IP: 201.234.178.151 Colombia - Distrito Capital de Bogota - Bogota Agente de usuario: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/110.0.0.0 Safari/537.36 Edg/110.0.1587.63

De acuerdo con los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1999 se presumirá que el destinatario ha recibido el mensaje, cuando el emisor del mismo recepcione el acuse de recibo que puede ser automatizado, en ese orden de ideas, el presente documento constituye acuse de recibo automatizado y constituye prueba de entrega del mensaje de correo electrónico así como sus archivos adjuntos en la fecha y hora indicadas anteriormente.

Importante: En el aparte Acuse de Recibo, en los casos en que aparece la frase "Queued mail for delivery" se debe a las características del servidor de correo electrónico Microsoft Exchange, en estos casos, si el mensaje no pudo ser entregado dicho servidor enviará una segunda respuesta indicando que no fue exitosa la



@-entrega

Acta de envío y entrega de correo electrónico

entrega del mensaje, si no hay una segunda respuesta del servidor de correo electrónico, quiere decir que tu mensaje fue entregado satisfactoriamente por lo que este documento pasa a constituir acuse de recibo





@-entrega

Acta de envío y entrega de correo electrónico

Contenido del Mensaje

TRASLADO PREVIO CONTESTACION LLAMAMIENTO EN GARANTIA RAD 17-001-003-002-2022-00184-00

Manizales, Caldas

27 de marzo de 2023

Señores

SALUD TOTAL EPS-S S.A.

REFERENCIA: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL

DEMANDANTE: CLEIDERMAN RAMIREZ ARANGO Y OTROS

DEMANDADO: CLINICA OSPEDALE MANIZALES S.A.

LLAMADO EN GARANTIA: SALUD TOTAL EPS-S S.A., CLÍNICA OSPEDALE MANIZALES S.A Y OTROS

RADICACIÓN: 17-001-003-002-2022-00184-00

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 juridico@clinicaospedalemanizales.com.co tal y como consta en el poder general a mí debidamente conferido para actuar y que apporto con este escrito, así como en el certificado de existencia y representación, respetuosamente procedo a presentar CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA, dentro del proceso de la referencia y proponer excepciones

Cordialmente

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: juridico@clinicaospedalemanizales.com.co y

tobondavid31@gmail.com

Adjuntos

CONTESTALLAMAMIENTOYANEXOS.pdf



@-entrega

Acta de envío y entrega de correo electrónico

Descargas

Archivo: CONTESTALLAMAMIENTOYANEXOS.pdf **desde:** 201.234.178.151 **el día:** 2023-03-27 08:40:12

De conformidad con el artículo 9 de la Ley 527 de 1999, la presente notificación electrónica como los documentos adjuntos a esta, son documentos íntegros, ya que es posible determinar que los mismos no han sido modificados ni alterados desde el momento en que fue enviado el mensaje de datos por parte del emisor del mensaje, por lo tanto dichos documentos tienen plena validez jurídica y probatoria.

