

N° 4



FUNDACION  
CLINICA VALLE DEL LILI  
REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

FECHA (dd/mm/aaaa): 02-NOV-08

ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS  
PTE : PRETEL VICTORIA DEYLIZ  
C.C. : CC-35805294  
H.C. : 0398781 - 001  
HAB : 602  
MED : VELEZ L. JUAN DIEGO



HORA		ORDEN										
SIGNOS VITALES		4	8	12	16	20	24	4				
	PULSO	68	69 <sup>x1</sup>	70 <sup>x1</sup>	70 <sup>x1</sup>	86	100	93				
	RESPIRACION	22	22 <sup>x1</sup>	22 <sup>x1</sup>	22 <sup>x1</sup>	22	20	22				
	PRESION ARTERIAL	96/64	104/74	101/74	103/74	98/67	100/74	100/74				
	TEMPERATURA	36°	36.3	36.2	36.1	36.2	36.2	36.5				
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	APERTURA OCULAR											
	RESPUESTA VERBAL											
	RESPUESTA MOTORA											
	MOVIMIENTO	MSD										
		MSI										
	FUERZA EXT.	MID										
		MII										
	PUPILAS TAMANO											
	D/I REACCION											
	PESO											
OTROS												
SO <sub>2</sub>		99%	99%	99%	98%							

## LLAMADAS AL MEDICO / INTERCONSULTAS

HORA (hh:mm)	

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)  
DEL CIRCULO DE CALI  
CERTIFICO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
Santiago de Cali, 17 NOV 2017  
NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO

<b>APERTURA OCULAR</b> 4 ESPONTANEA 3 A LA VOZ 2 AL DOLOR 1 NO RESPONDE 0	<b>RESPUESTA VERBAL ADULTO</b> 5 ORIENTADO 4 CONFUSO 3 PALABRAS INAPROPIADAS 2 RUIDOS INCOMPREENSIBLES 1 NINGUNA	<b>RESPUESTA MOTORA</b> 6 OBEDECE ORDENES 5 LOCALIZA DOLOR 4 RESPONDE DOLOR 3 FLEXION 2 EXTENSION 1 NINGUNA	<b>MOVIMIENTO Y FUERZA</b> 4 LEVANTA Y RESISTE 3 LEVANTA Y SOSTIENE 2 LEVANTA Y CAE 1 MOVIMIENTOS EN CAMA 0 SIN MOVIMIENTO	<b>TAMANO PUPILAS</b> P PUNTIICRAE S PEQUEÑAS L LARGAS N NORMAL D DILATADA	<b>REACCION</b> R REACCIONA P PEREZOSA N NO REACCIONA
--	---	---	---	---	--

		ORDEN	M	T	N						ORDEN	M	T	N	
RONDA	HPC (1):		7/13	13/19	19/7	GASTRO- INTES- TINAL			7/13	13/19	19/7				
	HC ENF. COMPLE		SP	SP	DI										
	SIN CAMBIOS DESDE ANTERIOR EVALUACION		NO	NO	DI			IRRIG / POS TUBO		NO	NO	P			
	HAY CAMBIOS VER NOTAS		NO	NO	P			PERISTAL ABDOM		+	+	+			
	FUERA DE LA UNIDAD RAZON 31		NO	NO	P			SUCC / ALIM SONDA		NO	NO	NO			
	BRAZALETE ID MSI		SP	SP	DI			DRENAJE / EMESIS		NO	NO	NO			
	REVISION EV (2) MSI + 31E=		EXT	EXT	EXT		GENITO- URINARIO	DEPOSI / ENEM / CARAC		NO	SP	NO			
ACTIVIDAD	BAÑO (3)		I	NO	-G	OSTOMIAS			NO	NO	NO				
	DEAMBULACION (4)		I	I	I	ELIMINACION (11)			ESP	ESP	ESP				
	CAMB/ POSIC. (5)		DISP	DISP	RETE	PESO		NO	NO	-G					
PIEL	CUIDADO PIEL		pk	pk	SI	MUSCULO ESQUELE- TICO	POSICION / MOVIM		DISP	DISP	-G				
	PREV. ULC. PRES.		SP	SP	SI		APAR ORTOP		NO	NO	NO				
	PRECAUC. SEGUR.		BT	BT	BT					-	-				
	CUIDADO BOCA		pk	pk	DI		HERIDAS		SP	SP	-G				
CARDIO- VASCULAR	PIEL T/COLOR		TN	TN	T/D	DRENAJES			NO	NO	NO				
	LLEN. CAPIL D/		B	B	+				NO	NO	NO				
	EDEMA		NO	NO	NO										
RESPIRATORIO	AUSC. RESP. (8)		C	C	CL	CURACIONES									
	ESF. RESPIR.		NO	NO	NO										
	OXIG. l/m		NO	NO	NO										
	ASPIR. SECRE		NO	NO	NO										
EXAMENES	PROC ESPEC		NO	NO	NO	VARIAS									
	MUES. LAB (6)		NO	NO	NO										
	RESULTADOS		NO	NO	NO										
	VARIOS														
	FIRMAS														

**SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)**  
**DEL CIRCULO DE CALI**  
**CERTIFICO**  
 QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
 AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
 A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
 Santiago de Cali, 17 NOV 2017  
**NOTARIO ENCARGADO**  
**NOTARIA VEINTIUNA**  
 Robinson Mosquera Hernández  
**NOTARIO ENCARGADO**  
 Orana Ramirez

(1) HCP:  
INDICA LAS HORAS DE  
CUIDADO DEL PACIENTE.

(2) REVISION EV:  
INCLUYE > LIQUIDOS  
VELOCIDAD, ADITIVOS,  
EQUIPO, SITIO.

(3) BAÑOS:  
A ASISTIDO  
D DUCHA  
C CAMA

(4) AMBULACION:  
A ASISTIDA  
I INDEPENDIENTE  
R REPOSO EN CAMA

(5) CAMBIOS POSICION:  
D DERECHO  
I IZQUIERDO  
S SUPINO  
P PRONO

(6) MUESTRAS LABORATORIO:  
S SANGRE  
O ORINA  
ES ESPUTO  
MF MATERIA FECAL  
OT OTROS

(7) PREVENCIÓN:  
ULCERAS PRESION  
M MASAJE  
CE COLCHON ESPECIAL

(8) SONIDOS RES.:  
C CLAROS  
E ESTERTORES  
S SIBILANCIAS

(9) COMIDAS / CONSUMO %:  
1- DESAYUNO  
2- MEDIA MAÑANA  
3- ALMUERZO  
4- ALGO  
5- COMIDA O CENA

(10) DIETA  
I INDEPENDIENTE  
A ASISTIDA  
C COMPLETA

(11) ELIMINACION:  
S SUPERVISION  
SC SUPERVISION  
CONSTANTE  
I INCONTINENTE

INSERCIÓN E.V.	FECHA / HORA			REMOCIÓN E.V.	HORA	0000055
	LOCALIZ. (12)				SITIO (12)	
	TIPO / CALIBRE				RAZON (13)	
	FIRMA				FIRMA	

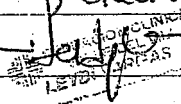
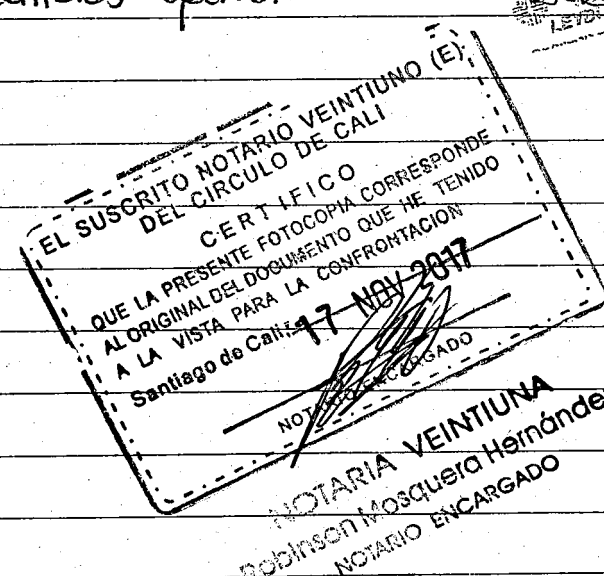
## CONTROL LIQUIDOS

ADMINISTRADOS								ELIMINADOS				
HORA	LINEA 1	LINEA 2	NPT	OTROS	V.O.	ENTERAL	TOTAL	ORINA	DRENAJES	OTROS	TOTAL	BALANCE
8					300							
10	Ext.							200				
12	100							200				
ST	100				300		400	400			400	100
14					350							
16	Ext							220				
18	11.							200				
ST					350		350	420			420	20
20	EXT				400			300				
22												
24												
2												
4												
6												
ST							400					
Total							1150				820	+330?



(12) LOCALIZ. SITIO D- DERECHO M- MANO C- CENTRAL	INSERCON E.V. I- IZQUIERDO P- PIE AB- ANTEBRAZO B- BRAZO	(13) RAZON REMOCION E.V. F- RUTINA I- INFILTRADO D- DESCONEXION F- FLEBITIS O- OTROS
--	--	---

Linea 1 \_\_\_\_\_  
Linea 2 \_\_\_\_\_  
NOTARIA VEINTIUNA  
Son Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO  
NPT = Nutrición Parenteral \_\_\_\_\_

HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
7/19	Recibo paciente en cama, conciente y orientada en tiempo, lugar y persona; se dosifica con sitio de punción en cuello, cubierto con micropore limpio y seco, y vena periférica permeable en miembro superior izquierdo; diuresis espontánea, rectos y tolera vía oral, no hizo deposición; se asiste en baño y medidas de confort y higiene, pt se torna deprimida y adinámica, se recuerdan riesgos de caída y manejo de desechos. En la tarde pt hizo deposición de características normales, queda en iguales condiciones en compañía de familiar. ————— Diana Ramirez.
19/7	Recibo paciente en cama, despierta, conciente, orientada, afebril en el momento, con acceso venoso permeable, recibe y tolera v.o, elimina espontáneo, permanece en aislamiento respiratorio, sin acompañante, se brindan medidas de seguridad, duerme a intervalos largos, queda paciente en cama, sin más cambios aparentes ————— 
	



FUNDACION  
 CLINICA VALLE DEL LILI  
 REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

FECHA (dd/mm/aaaa): 3 Noviembre 08

HORA		ORDEN										
SIGNOS VITALES		4	8	12	16	20	24	4				
	PULSO	93	100	91	90	89		74				
	RESPIRACION	22	21	22	22	22		20				
	PRESION ARTERIAL	106/74	96/66	107/59	83/57	100/60		100/69				
	TEMPERATURA	36.5	37.5	36.7	36.5	36.5		36.5				
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	APERTURA OCULAR											
	RESPUESTA VERBAL											
	RESPUESTA MOTORA											
	MOVIMIENTO	MSD										
		MSI										
	FUERZA EXT.	MID										
		MII										
	PUPILAS TAMANO											
	D/I REACCION											
	PESO											
OTROS		SO <sub>2</sub> 98%	99%			99%						
		sin O <sub>2</sub>	sin O <sub>2</sub>			sin O <sub>2</sub>						

LLAMADAS AL MEDICO / INTERCONSULTAS

HORA (hh:mm)	

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)  
 DEL CIRCULO DE CALI  
 CERTIFICO  
 QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
 AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
 A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
 Santiago de Cali, 17 NOV 2017  
 NOTARIO ENCARGADO  
 NOTARIA VEINTIUNA  
 Robinson Quintero Hernández

<b>APERTURA OCULAR</b> 4 ESPONTANEA 3 A LA VOZ 2 AL DOLOR 1 NO RESPONDE 0	<b>RESPUESTA VERBAL ADULTO</b> 5 ORIENTADO 4 CONFUSO 3 PALABRAS INAPROPIADAS 2 RUIDOS INCOMPENSIBLES 1 NINGUNA	<b>RESPUESTA MOTORA</b> 6 OBEDECE ORDENES 5 LOCALIZA DOLOR 4 RESPONDE DOLOR 3 FLEXION 2 EXTENSION 1 NINGUNA	<b>MOVIMIENTO Y FUERZA</b> 4 LEVANTA Y RESISTE 3 LEVANTA Y SOSTIENE 2 LEVANTA Y CAE 1 MOVIMIENTOS EN CAMA 0 SIN MOVIMIENTO	<b>TAMANO PUPILAS</b> P NORMAL N PEREZOSA L LARGAS D DILATADA	<b>REACCION</b> R REACCIONA P PEREZOSA N NO REACCIONA
--	---	---	---	---	--

		ORDEN	M	T	N			ORDEN	M	T	N
RONDA	HPC (1):		7/13	13/19	19/7				7/13	13/19	19/7
	HC ENF. COMPLE		SI	SI	SI						
	SIN CAMBIOS DESDE ANTERIOR EVALUACION		SI	SI	SI				NO	NO	P
	HAY CAMBIOS VER NOTAS		NO	NO	P				+	+	+
	FUERA DE LA UNIDAD RAZON		NO	NO	P				NO	NO	P
	BRAZALETE ID		SI	SI	SI				NO	NO	P
	REVISION EV (2) V=31		EXT	EXT	EXT				SI	NO	P
ACTIVIDAD	BAÑO (3)			NO	NO				NO	NO	P
	DEAMBULACION (4)		I	I	I				ESP	ESP	ESP
	CAMB/ POSIC. (5)		DISP	DISP	P				NO	NO	P
PIEL	CUIDADO PIEL		Pte	Pte	SI				SI	SI	+
	PREV. ULC. PRES.		Pte	Pte	SI				NO	NO	P
	PRECAUC. SEGUR.		BP	BP	BP						
	CUIDADO BOCA		Pte	Pte	SI				NO	NO	P
CARDIO-VASCULAR	PIEL T/COLOR		T/P	T/P	T/P				NO	NO	P
	LLEN. CAPIL D/		+	+	+				NO	NO	P
	EDEMA		NO	NO	P						
RESPIRATORIO	AUSC. RESP. (8)		CI	CI	CI						
	ESF. RESPIR.		NO	NO	P						
	OXIG. l/m		NO	NO	P						
	ASPIR. SECRE		NO	NO	P						
EXAMENES	PROC ESPEC				P						
	MUES. LAB (6)				SI						
	RESULTADOS				P						
	VARIOS				P						
	FIRMAS				P						

<p>(1) HCP: INDICA LAS HORAS DE CUIDADO DEL PACIENTE.</p> <p>(2) REVISION EV: INCLUYE &gt; LIQUIDOS VELOCIDAD, ADITIVOS, EQUIPO, SITIO.</p>	<p>(3) BAÑOS: A ASISTIDO D DUCHA C CAMA</p> <p>(4) AMBULACION: A ASISTIDA I INDEPENDIENTE R REPOSO EN CAMA</p>	<p>(5) CAMBIOS POSICION: D DERECHO I IZQUIERDO S SUPINO P PRONO</p> <p>(6) MUESTRAS LABORATORIO: S SANGRE O ORINA ES ESPUTO MF MATERIA FECAL OT OTROS</p>	<p>(7) PREVENCIÓN: ULCERAS PRESION M MASAJE CE COLCHON ESPECIAL</p> <p>(8) SONIDOS RES.: C CLAROS E ESTERTORES S SIBILANCIAS</p>	<p>(9) COMIDAS / CONSUMO %: 1 DESAYUNO 2 MEDIA MAÑANA 3 ALMUERZO 4 ALGO 5 COMIDA O CENA</p> <p>(10) DIETA I INDEPENDIENTE A ASISTIDA C COMPLETA</p>	<p>(11) ELIMINACION: S SUPERVISION SC SUPERVISION CONSTANTE I INCONTINENTE</p>
---	--	---	--	---	--

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)  
DEL CIRCULO DE CALI  
CERTIFICO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
Santiago de Cali, 12 de Mayo 2017

NOTARIO ENCARGADO  
NOTARIA VEINTIUNO  
Leydi VARGAS

INSERCIÓN  E.V.	FECHA / HORA			REMOCIÓN  E.V.	HORA		
	LOCALIZ. (12)				SITIO (12)		
	TIPO / CALIBRE				RAZÓN (13)		
	FIRMA				FIRMA		

# CONTROL LIQUIDOS

ADMINISTRADOS								ELIMINADOS				
HORA	LINEA 1	LINEA 2	NPT	OTROS	V.O.	ENTERAL	TOTAL	ORINA	DRENAJES	OTROS	TOTAL	BALANCE
7/13	EXT				200			ESP				
13/19	EXT				400			ESP				
19/7	EXT				20			ESP				

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)  
DEL CIRCULO DE CALI  
CERTIFICO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
Santiago de Cali. 17 NOV 2017  
NOTARIO ENCARGADO  
NOTARIA VEINTIUNA  
Mosquera Hernández  
ENCARGADO

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)  
DEL CIRCULO DE CALI  
CERTIFICO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
Santiago de Cali.  
17 NOV 2017  
NOTARIO ENCARGADO  
VEINTIUNA  
González

NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO  
EXT

(12) LOCALIZ. SITIO

D- DERECHO  
M- MANO  
C- CENTRAL

**INSERCON E.V.**

I- IZQUIERDO  
P- PIE  
AB- ANTEBRAZO

(13) RAZON REMOCION E.V.

R- RUTINA  
I- INFILTRADO  
D- DESCONEXION

Línea 2

NPT = Nutrición Parenteral

HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
7/19	<p>Recibo paciente en cama, despierta, conciente, orientada en T.C.P. Hemodinamicamente estable, al examen físico se observa Tono de piel pálido, extensión de anestesia permeable, sin signos de flebitis, ni infección, PR recibe y tolera la vía oral, elimina espontáneo, permanece en aislamiento respiratorio, sin familiar, se asiste en medidas de higiene y confort. Se observa PR Adinámica presenta T° 38.5 se informa, se hacen mediciones físicas realiza deposición en la mañana, en la tarde recibe y tolera la vía oral elimina espontáneo, pasa el resto de la tarde tranquila y estable, queda en igual condición general, queda en la unidad.</p>
19/7	<p>Recibo paciente en cama, despierta, conciente, orientada, afebril en el momento, con extensión de anestesia, recibe y tolera V.O, elimina espontáneo, permanece en aislamiento respiratorio, sin acompañante, se brindan medidas de seguridad, duerme o intermite largos, se toman elab. y resultados. Queda paciente en cama tranquila, sin más cambios</p>

FUNDACION  
VALLE DEL LILI  
LEYDI JANE AGUIRRE

FUNDACION  
VALLE DEL LILI  
LEYDI JANE AGUIRRE  
AUXILIAR



NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACION  
CLINICA VALLE DEL LILI  
REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

FECHA (dd/mm/aaaa):

4 Noviembre 08

ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS  
PTE : PRETEL VICTORIA DEYLUZ  
C.C. : CC-35805294  
H.C. : 0398781 - 001  
HAB : 602  
MED : VELEZ L. JUAN DIEGO



HORA		ORDEN											
SIGNOS VITALES		4	8	12	16	20	24	4 <sup>40</sup>					
	PULSO	74	78	77	80	84	76	80					
	RESPIRACION	20	18	18	20	20	20	20					
	PRESION ARTERIAL	100/69	90/60	90/60	95/62	90/70	90/60	90/60					
	TEMPERATURA	36,5	36,6	36°C	36°C	36	36	36					
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	APERTURA OCULAR												
	RESPUESTA VERBAL												
	RESPUESTA MOTORA												
	MOVIMIENTO	MSD											
		MSI											
	FUERZA EXT.	MID											
		MII											
	PUPILAS TAMANO												
	DI REACCION												
	PESO												
OTROS		30,2	99%	100%									
			sin O <sub>2</sub>	sin O <sub>2</sub>									

## LLAMADAS AL MEDICO / INTERCONSULTAS

HORA (hh:mm)	

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)  
DEL CIRCULO DE CALI  
CERTIFICO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
Santiago de Cali  
NOV 2008  
NOTARIO ENCARGADO  
NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández

## APERTURA OCULAR

- 4 ESPONTANEA
- 3 A LA VOZ
- 2 AL DOLOR
- 1 NO RESPONDE
- 0

## RESPUESTA VERBAL ADULTO

- 5 ORIENTADO
- 4 CONFUSO
- 3 PALABRAS INAPROPIADAS
- 2 RUIDOS INCOMPENSIBLES
- 1 NINGUNA

## RESPUESTA MOTORA

- 6 OBEDECE ORDENES
- 5 LOCALIZA DOLOR
- 4 RESPONDE DOLOR
- 3 FLEXION
- 2 EXTENSION
- 1 NINGUNA

## MOVIMIENTO Y FUERZA

- 4 LEVANTA Y RESISTE
- 3 LEVANTA Y SOSTIENE
- 2 LEVANTA Y CAE
- 1 MOVIMIENTOS EN CAMA
- 0 SIN MOVIMIENTO

## TAMAÑO PUPILAS

- P PUNTIICRAE
- S PEQUEÑAS
- L LARGAS
- N NORMAL
- D DILATADA

## REACCION

- R REACCIONA
- P PEREZOSA
- N NO REACCIONA

		ORDEN	M	T	N						ORDEN	M	T	N
RONDA	HPC (1):		7/13	13/19	19/7							7/13	13/19	19/7
	HC ENF. COMPLE			SI	SI									
	SIN CAMBIOS DESDE ANTERIOR EVALUACION			SI	NO									
	HAY CAMBIOS VER NOTAS			NO	NO									
	FUERA DE LA UNIDAD RAZON			NO	NO									
	BRAZALETE ID			SI	SI									
	REVISION EV (2) V=31.			—	NO									
ACTIVIDAD	BAÑO (3)			D	NO									
	DEAMBULACION (4)			I	I									
	CAMB/ POSIC. (5)			DISP	✓									
PIEL	CUIDADO PIEL			SI	✓									
	PREV. ULC. PRES.			SI	✓									
	PRECAUC. SEGUR.			BT	BT									
	CUIDADO BOCA			SI	✓									
CARDIO-VASCULAR	PIEL T/COLOR			T/N	T/N									
	LLEN. CAPIL D/			+	+									
	EDEMA			NO	NO									
RESPIRATORIO	AUSC. RESP. (8)			d	CP									
	ESF. RESPIR.			NO	NO									
	OXIG. 1/m			NO	NO									
	ASPIR. SECRE			NO	NO									
EXAMENES	PROC ESPEC				NO									
	MUES. LAB (6)				CO									
	RESULTADOS													
	VARIOS													
	FIRMAS													

GASTRO-INTES-TINAL  
 IRRIG / POS TUBO  
 PERISTAL ABDOM  
 SUCC / ALIM SONDA  
 DRENAJE / EMESIS  
 DEPOSI / ENEM / CARAC  
 OSTOMIAS  
 ELIMINACION (11)  
 PESO  
 POSICION / MOVIM  
 APAR ORTOP  
 MUSCULO ESQUELE-TICO  
 HERIDAS  
 DRENAJES  
 C U R A C I O N E S  
 V A R I O S

**SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)**  
**CERTIFICO**  
 QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
 AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
 A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
 Santiago de Cali, 17 NOV 2017  
 NOTARIO ENCARGADO

**NOTARIA VEINTIUNA**  
 Robinson Mosquera Hernández  
 NOTARIO  
 VALLE DEL LILI  
 JOHANA BERNARDEZ GARCIA  
 AUXILIAR DE NOTARIA

(1) HPC:  
INDICA LAS HORAS DE  
CUIDADO DEL PACIENTE.

(2) REVISION EV:  
INCLUYE > LIQUIDOS  
VELOCIDAD, ADITIVOS,  
EQUIPO, SITIO.

(3) BAÑOS:  
A ASISTIDO  
D DUCHA  
C CAMA

(4) AMBULACION:  
A ASISTIDA  
I INDEPENDIENTE  
R REPOSO EN CAMA

(5) CAMBIOS POSICION:  
D DERECHO  
I IZQUIERDO  
S SUPINO  
P PRONO

(6) MUESTRAS LABORATORIO:  
S SANGRE  
O ORINA  
ES ESPUTO  
MF MATERIA FECAL  
OT OTROS

(7) PREVENCIÓN:  
ULCERAS PRESION  
M MASAJE  
CE COLCHON ESPECIAL

(8) SONIDOS RES.:  
C CLAROS  
E ESTERTORES  
S SIBILANCIAS

(9) COMIDAS / CONSUMO %:  
1- DESAYUNO  
2- MEDIA MAÑANA  
3- ALMUERZO  
4- ALGO  
5- COMIDA O CENA

(10) DIETA  
I INDEPENDIENTE  
A ASISTIDA  
C COMPLETA

(11) ELIMINACION:  
S SUPERVISION  
SC SUPERVISION  
CONSTANTE  
I INCONTINENTE



HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
7/19	Paciente de sexo femenino, adulta, consciente y orientada, sin acceso venoso, en la mañana se realizaron actividades de higiene y confort, se observa en buenas condiciones generales, en reposo eliminó 2 heces 2 deposiciones líquidas
19/7	Paciente pte en cama, consciente, orientada en TLIP con acceso venoso, ingiere y tobra v.o, elimina esp, permanece tranquila, realiza 2 deposiciones líquidas en la noche, queda en estables condiciones sin cambios. <i>[Signature]</i>

FUNDACIÓN VALLE DEL CAÑO  
UNIVERSIDAD DE LA GUAYANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)  
DEL CIRCULO DE CALI  
CERTIFICO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFERENCIA  
Santiago de Cali.  
NOTARIO ENCARGADO  
NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACION  
CLINICA VALLE DEL LILI  
REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

FECHA (dd/mm/aaaa): NOV 3/08

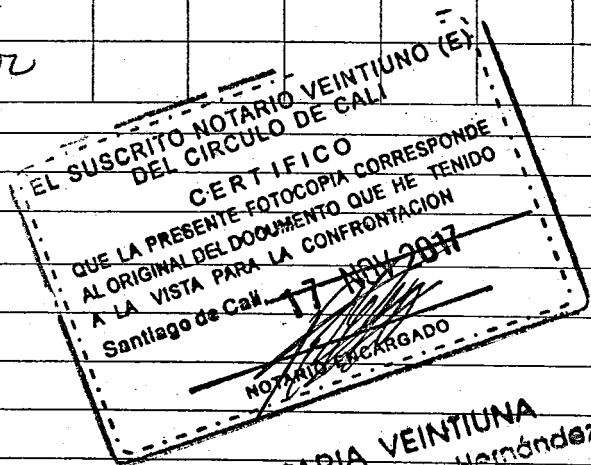
ENT : 1479 SELVASALUD S.A. EPS  
PTE : PRETEL VICTORIA DEYLUZ  
C.C. : CC-35805294  
H.C. : 0398781 - 001  
HAB : 602  
MED : VELEZ L. JUAN DIEGO



SIGNOS VITALES	HORA	ORDEN																		
			4 <sup>10</sup>	8	12	14														
	PULSO		80	86	86	88														
	RESPIRACION		20	24	22	22														
	PRESION ARTERIAL		90/60	90/72	102/70	90/60														
	TEMPERATURA		36	36	36	36														
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	APERTURA OCULAR																			
	RESPUESTA VERBAL																			
	RESPUESTA MOTORA																			
	MOVIMIENTO	MSD																		
		MSI																		
	FUERZA EXT.	MID																		
		MII																		
	PUPILAS TAMANO																			
	O/I REACCION																			
	PESO																			
OTROS																				

LLAMADAS AL MEDICO / INTERCONSULTAS

HORA (hh:mm)	



NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO

APERTURA OCULAR 4 ESPONTANEA 3 A LA VOZ 2 AL DOLOR 1 NO RESPONDE 0	RESPUESTA VERBAL ADULTO 5 ORIENTADO 4 CONFUSO 3 PALABRAS INAPROPIADAS 2 RUIDOS INCOMPENSIBLES 1 NINGUNA	RESPUESTA MOTORA 6 OBEDECE ORDENES 5 LOCALIZA DOLOR 4 RESPONDE DOLOR 3 FLEXION 2 EXTENSION 1 NINGUNA	MOVIMIENTO Y FUERZA 4 LEVANTA Y RESISTE 3 LEVANTA Y SOSTIENE 2 LEVANTA Y CAE 1 MOVIMIENTOS EN CAMA 0 SIN MOVIMIENTO	TAMANO PUPILAS P PUNTICRAE S PEQUEÑAS L LARGAS N NORMAL D DILATADA	REACCION R REACCIONA P PEREZOSA N NO REACCIONA
---	--	--	--	---	---

		ORDEN	M	T	N			ORDEN	M	T	N	
RONDA	HPC (1):		7-13	13/19		GASTRO- INTES- TINAL				13/19		
	HC ENF. COMPLE		SI	9				7-13				
	SIN CAMBIOS DESDE ANTERIOR EVALUACION		SI	DI				NO	P			
	HAY CAMBIOS VER NOTAS		NO	P				+	+			
	FUERA DE LA UNIDAD RAZON		NO	P				NO	P			
	BRAZALETE ID		SI	DI				NO	P			
	REVISION EV (2)		P	/				+++	SI			
ACTIVIDAD	BAÑO (3)		SI	NO		GENITO- URINARIO	DEPOSI / ENEM / CARAC		+++	SI		
	DEAMBULACION (4)		I	I			OSTOMIAS		NO	P		
	CAMB/ POSIC. (5)		OSID	Pate			ELIMINACION (11)		SI	EP		
PIEL	CUIDADO PIEL		SI	DI		MUSCULO ESQUELE- TICO	PESO		NO	P		
	PREV. ULC. PRES.		SI	DI			POSICION / MOVIM		+	+		
	PRECAUC. SEGUR.		SI	DI			APAR ORTOP		NO	P		
	CUIDADO BOCA		SI	DI					NO	P		
CARDIO- VASCULAR	PIEL T/COLOR		T/P	T/P		HERIDAS						
	LLEN. CAPIL D/		SI	+			DRENAJES					
	EDEMA		NO	P								
RESPIRATORIO	AUSC. RESP. (8)		SI	DI		CURACIONES						
	ESF. RESPIR.		NO	P								
	OXIG. 17m		NO	P								
	ASPIR. SECRE		NO	P								
EXAMENES	PROC ESPEC.		SI	DI		RIS						
	MUES. LAB (6)		NO	P								
	RESULTADOS		NO	P								
	VARIOS		NO	P								
	FIRMAS		NO	P								

<p>(1) HCP: INDICA LAS HORAS DE CUIDADO DEL PACIENTE.</p> <p>(2) REVISION EV: INCLUYE &gt; LIQUIDOS VELOCIDAD, ADITIVOS, EQUIPO, SITIO.</p>	<p>(3) BAÑOS: A ASISTIDO D DUCHA C CAMA</p> <p>(4) AMBULACION: A ASISTIDA I INDEPENDIENTE R REPOSO EN CAMA</p>	<p>(5) CAMBIOS POSICION: D DERECHO I IZQUIERDO S SUPINO P PRONO</p> <p>(6) MUESTRAS LABORATORIO: S SANGRE O ORINA ES ESPUTO MF MATERIA FECAL OT OTROS</p>	<p>(7) PREVENCIÓN: ULCERAS PRESION M MASAJE CE COLCHON ESPECIAL</p> <p>(8) SONIDOS RES.: C CLAROS E ESTERTORES S SIBILANCIAS</p>	<p>(9) COMIDAS / CONSUMO %: 1- DESAYUNO 2- MEDIA MAÑANA 3- ALMUERZO 4- ALGO 5- COMIDA O CENA</p> <p>(10) DIETA I INDEPENDIENTE A ASISTIDA C COMPLETA</p>	<p>(11) ELIMINACION: S SUPERVICION SC SUPERVICION CONSTANTE I INCONTINENTE</p>
---	--	---	--	--	--

INSERCIÓN  E.V.	FECHA / HORA			REMOCIÓN  E.V.	HORA		
	LOCALIZ. (12)				SITIO (12)		
	TIPO / CALIBRE				RAZÓN (13)		
	FIRMA				FIRMA		

# CONTROL LIQUIDOS

[illegible]

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)  
DEL CIRCULO DE CALI  
CERTIFICO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
Santiago de Cali 17 JUL 2017  
[Signature]  
NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
Línea NOTARIO ENCARGADO

(12) LOCALIZ. SITIO

D- DERECHO  
M- MANO  
C- CENTRAL

**INSERCON E.V.**

I- IZQUIERDO  
P- PIE B- BRAZO  
AB- ANTEBRAZO

(13) RAZON REMOCION E.V.

R- RUTINA	F- FLEBITIS
I- INFILTRADO	O- OTROS
D- DESCONEXION	

Línea 2

NPT = Nutrición Parenteral

HORA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
7-13	Recibo pte en coma, consciente, orientada en TIP con dx: TBC Dolor abdominal, HIV+, Sarcoma. pte con extensión de anestesia se hace deposición, recibe v.o., elimina espontáneo, se baña en ducha, pte sin familiar, pasa la mañana estable queda en la unidad, refiere haber hecho 3 deposiciones líquidas se informa <u>NGania</u>
13/19	Recibo paciente en coma, despierta, consciente, orientada, afebril en el momento, con acceso venoso, recibe y tolera v.o., elimina espontáneo, permanece en aislamiento respiratorio sin acompañante, se brindan medidas de seguridad, valorada por el Dr. tratante quien ordena salida con recomendaciones, se entregan medicamentos para TBC. Sale paciente en silla, <u>triquile</u> sin más cambios



NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
ENCARGADO

Nombre del paciente: Deyluz Pretel

Historia Clínica: 398781

Habitación: 602

CATEGORÍA	Historia de Convulsiones	PUNTAJE
Alteraciones Neurológicas	Deficit Motor	2
Alteraciones de la conciencia (Desorientado - Confuso)	Alteración del equilibrio	
Alteraciones del comportamiento (Agitación y/o agresividad)	Depresión o intento de suicidio	
Deficiencias Sensoriales	Visuales	1
	Auditivas	
	Extremidades (ictus)	
	Segura con ayuda	
	Insegura con ayuda / sin ayuda	
	Imposible	
	Reposo prolongado	
	Menor de 12 horas	
Pos Operatorio		
Enfermedad Pulmonar Severa		

CATEGORÍA	Edad	Ma. ores de 60 años o menor de 5	PU TAJ
Caidas Previas	SI		1
Opíaceos: Morfina, Mepardina, Narcan, Codeína			
Sedantes: Midazolam, Hidrato de cloral			
Neurolépticos: Largacil, sinogán, meleril, haloperidol			
Antidopresivos: triplanol, anafanil, tofranil, evadyne, surmontil, titico, proscac			
Barbitúricos: Pentobarbital, pentotal, fenobarbital, epamin, tegretol, diazepam, alivan			
Antiparkinsonianos			
Insulina o Hipoglucemiantes orales			
Diuréticos			
Hipotensores no diréticos			
Fentanil o Morcalina			
Analgésicos por catéter peridural			

Nota: Coloque si o no al revisar cada uno de los parámetros, registre la clasificación de riesgo de caídas por turno.

Fecha	Diciembre			Noviembre			Octubre			Septiembre			Agosto			Julio			Junio			Mayo			Abril			Marzo			Febrero			Enero		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N						
* Informe al paciente y familia los riesgos de caídas y las medidas de seguridad																																				
* Revise las medidas físicas de inmovilización																																				
* Revisión de las medidas de seguridad ambientales																																				
- Iluminación- Funcionamiento de las lámparas																																				
- Areas de circulación																																				
- Acom. añante																																				
* Cama																																				
- Cama frenada																																				
- Barandas arriba y/o cuñas alteradas																																				
- Pato																																				
- Timbre cerca funcionando																																				
* Baño																																				
- Cortina corrida																																				
- Sandalias																																				
- Silla																																				
- Piso seco																																				
- Timbre del baño																																				
* Clasificación del riesgo																																				

INSCRITO NOTARIO N° 1000 (E)

CERTIFICO

QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO A LA VISTA PARA LA CON FORTACION

14-04-2017

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

ENCARGADO

USCRITO NOTARIO VERIN JUNIO 2011  
CERTIFICO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CON FORTACION  
MAYO 2011  
ENCARGADO

Firma



Radicado: 1000E 00000000000000033562  
Fecha: 17.11.2017 Hora: 15:57:48  
Sociedad: 1000 FUNDACION VALLE DEL LILI



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Santiago de Cali, 17 de noviembre de 2017

## FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

### CERTIFICA:

Que la historia clínica física No. 398781 correspondiente a la paciente DEYLUZ PRETEL VICTORIA (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. 35.805.294, es fiel copia de la original que reposa en los archivos clínicos de nuestra institución. La cual consta de 1 tomo y éste de 62 folios.

Esta certificación se expide por solicitud directa del DEPARTAMENTO JURÍDICO de la Fundación Valle del Lili, para constancia se firma en la ciudad de Santiago de Cali a los diecisiete (17) días del mes Noviembre de 2017.

Atentamente,

*MIRIAM MADRID MADRID*

MIRIAM MADRID MADRID  
JEFE DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA  
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

Firma Electrónica

Elaborado por YCORTEZ



Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No. 18-49  
Conmutador: 331 9090  
Fax: 331 67 28  
Nit: 890.324.177-5  
Cali-Colombia  
www.valledelili.org



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

## CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certifico que para los años 2008, 2009 y 2010 no existía Convenio de Prestación de Servicios de Salud entre SELVA SALUD S.A. EPS y la FUNDACIÓN VALLE DEL LILI.

Esta Certificación se expide por solicitud directa del DEPARTAMENTO JURÍDICO, para constancia se firma en la ciudad de Santiago de Cali a los veinte (20) días del mes de Noviembre de 2017.

Atentamente,

*Mónica Alexandra Villegas*  
**MÓNICA ALEXANDRA VILLEGAS; M.D.**  
Jefe de Convenios

COORDINADOR DE  
CONVENIOS  
18.10.17  
[Signature]



Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No.18-49  
Conmutador: 331 90 90  
Fax: 331 67 28

Nit. 890.324.177-5

Cali -Colombia  
[www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)

## CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

<b>Contrato No.</b>	
<b>1. FUNDACIÓN VALLE DEL LILI (LA GESTORA)</b>	<b>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI</b> NIT. 890.324.1777-5 con personería jurídica reconocida por Resolución No. 006337 del 21 de junio de 1983 del Ministerio de Salud y con domicilio en la ciudad de Cali, representada en este acto por su Representante Legal Suplente Dr. ALVARO QUINTERO CASTAÑO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.250.125, debidamente autorizado para celebrar el presente contrato, quien para los efectos de este contrato se denominará en adelante <b>LA GESTORA</b> .  Dirección: Av. Simón Bolívar. Cra 98 No. 18-49 de la ciudad de Cali.
<b>2. EL PROFESIONAL DE LA SALUD (EL PARTÍCIPE)</b>	<b>Nombre: VELEZ LONDONO JUAN DIEGO</b> <b>CC: 70550823</b> quien para los efectos del presente contrato se denomina <b>EL PROFESIONAL DE LA SALUD o EL PARTÍCIPE</b> <b>Especialidad: Infectología</b>
<b>3. DURACIÓN</b>	<b>1 Año</b> <b>Fecha de Inicio: 01 de enero de 2016</b>
<b>4. LUGAR Y FECHA DE CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO</b>	Santiago de Cali

Las Partes debidamente identificadas como aparecen en los numerales 1 y 2 del encabezado y que conjuntamente se denominarán como "LAS PARTES", inspiradas en la buena fe, convienen celebrar el presente CONTRATO DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN, conforme lo dispuesto en los Artículos 507 y siguientes del Código de Comercio, y demás normas complementarias, el cual se regirá por las cláusulas que a continuación se señalan y en lo no previsto en ellas por las normas legales contenidas en el Código de Comercio y las demás disposiciones que regulen la materia.

**PRIMERA.- OBJETO:** El presente contrato tiene por objeto la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios de la FUNDACIÓN VALLE DEL LILI mediante la utilización con orientación académica de los más avanzados recursos médicos. La prestación de los servicios de salud será ofrecida por parte de la FUNDACIÓN VALLE DEL LILI en su calidad de gestora a las diferentes entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social y a los particulares aprovechando los aportes realizados por **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** en su calidad de PARTÍCIPE, quien se obliga en su calidad de Médico bajo su entera y absoluta responsabilidad y autonomía técnica a prestar a los pacientes de **LA GESTORA** los servicios requeridos por y para tales pacientes y a ejecutar los procedimientos y actividades propias del servicio contratado, con sujeción a la agenda que él mismo programe a través de **LA GESTORA**, de conformidad con las condiciones del presente documento y eventuales cláusulas adicionales que fuere necesario instrumentar para garantizar la idoneidad, oportunidad y calidad del servicio prestado, estipulaciones que serán comunicadas a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** con la debida antelación para su cabal implementación.



Radicado: 1000005 0000000000000324970  
Fecha: 20.09.2017 Hora: 11:58:04  
Sociedad: 1000 FUNDACION VALLE DEL LILI

## **CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN**

**SEGUNDA.- DECLARACIONES:** En el presente contrato FUNDACIÓN VALLE DEL LILI actuará como **LA GESTORA** aportando las instalaciones, administración y gerencia de la prestación de los servicios de salud.

De esta manera, las operaciones tendientes al desarrollo de la prestación de servicios de salud se ejecutarán y se darán a conocer ante terceros como propias de FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, quien será la única responsable de las obligaciones que contraiga en desarrollo del presente contrato, las cuales serán ejecutadas a su nombre y bajo su responsabilidad, incluidas las obligaciones tributarias que le correspondan. De igual manera, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, ejercerá los derechos que resulten del ejercicio de dicha actividad.

**EL PROFESIONAL DE LA SALUD** actuará como **PARTÍCIPE** y le corresponderá únicamente el aporte de su conocimiento, experiencia y destreza en la prestación de servicios de salud, en las condiciones consagradas en este contrato, teniendo en cuenta que es un profesional independiente y que se encuentra en el autónomo ejercicio de su profesión liberal.

Mediante la suscripción del presente contrato, LAS PARTES declaran que cumplen con las normas generales y particulares sobre control y prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaran expresamente LAS PARTES por medio del presente contrato, que no existen inhabilidades e incompatibilidades que prohíban la suscripción del presente contrato.

**TERCERA.- APORTES:** Las condiciones en las que se efectuará el aporte de LAS PARTES en el presente contrato son las siguientes:

**3.1 EL PROFESIONAL DE LA SALUD** aportará su conocimiento, experiencia y destreza en la prestación de servicios de salud, en su especialidad aportando:

- Su participación en las actividades encaminadas a optimizar los servicios médicos dentro del campo de su conocimiento o especialidad en las instalaciones de **LA GESTORA**, en concertación permanente con la Dirección Médica conforme a la demanda y al volumen de pacientes.
- Su colaboración en la ejecución de los convenios docente asistenciales que celebre **LA GESTORA** al igual que en temas de investigación dentro de su campo científico, como parte del desarrollo de su gestión profesional; además aporta su atención, participación y apoyo en los programas que establezca **LA GESTORA**, las políticas y estrategias encaminadas a optimizar el servicio y la calidad de los tratamientos, procedimientos y actividades ofrecidas, diseñadas, elaboradas y lideradas por la institución a través de Comités Científicos de Auditoría Médica y de Historias Clínicas.

El aporte de **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** lo realizará en las horas que convengan entre las partes.

**3.2 LA GESTORA** por su parte, aportará las instalaciones, administración y gerencia de la prestación de los servicios de salud.

34

## CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

**CUARTA.- PARTICIPACIÓN ECONÓMICA:** LAS PARTES acuerdan la siguiente participación económica derivada de los aportes en este contrato:

**EL PROFESIONAL DE LA SALUD** tendrá una participación de un porcentaje sobre los honorarios que factura LA FUNDACIÓN VALLE DEL LILI de acuerdo con la tarifa y convenio que **LA GESTORA** suscriba para cada evento. Las tarifas serán actualizadas de tiempo en tiempo conforme a las condiciones de mercado.

Para determinar el monto de los ingresos y los respectivos aportes que les correspondan a LAS PARTES, se implementa el siguiente procedimiento de control:

**4.1. LA GESTORA**, reconocerá y abonará mensualmente a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, la participación que a él corresponda sobre los servicios médicos efectivamente brindados a los pacientes de **LA GESTORA**, la que realizará la gestión de facturación y cobranza a sus clientes.

**4.2.** La participación en los beneficios que corresponde a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, se causarán al momento en que **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** radique satisfactoriamente las cuentas correspondientes conforme a las reglas señaladas en el anexo económico y serán entregados a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** el día veinte (20) del mes calendario siguiente a la radicación de las cuentas efectuadas por **LA GESTORA** ante las entidades aseguradoras u otras personas o entidades.

**4.3.** Una vez radicadas las facturas por **LA GESTORA** ante las entidades aseguradoras u otras personas o entidades y habiendo **LA GESTORA** entregado dineros a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, puede ocurrir:

**4.3.1.** Que los servicios o parte de éstos sean glosados y en consecuencia no sean pagados a **LA GESTORA**. En este caso, **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** se obliga a restituir su participación sobre dichos valores, autorizando a través del presente documento a **LA GESTORA** para que aquellos sean descontados sobre una o más liquidaciones de participación posteriores, a elección de **LA GESTORA**.

**4.3.2.** Que los servicios o parte de éstos no sean pagados a **LA GESTORA** por la entidad aseguradora o el cliente particular, teniendo **LA GESTORA** que castigar dicha cartera. En este caso, **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** se obliga a restituir dichos valores, autorizando a través del presente documento a **LA GESTORA** para que aquellos sean descontados sobre una o más liquidaciones de participación posteriores, a elección de **LA GESTORA**.

Todo tratamiento y procedimiento realizado, se pagará con los porcentajes de las tarifas establecidas en el Anexo Económico que forma parte integral del presente documento.

LAS PARTES acuerdan que los porcentajes de participación pactados en el anexo económico, son inmodificables de manera unilateral, por lo cual en caso de cambio se requerirá del acuerdo escrito suscrito por LAS PARTES.

**QUINTA.- DURACIÓN:** La duración del presente contrato es de un año (1) año contado a partir de la fecha de inicio relacionada en el encabezado, con renovaciones automáticas por igual término si ninguna de LAS PARTES manifiesta su intención de terminarlo unilateralmente en cualquier tiempo dando aviso escrito.

## **CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN**

**SEXTA.- OBLIGACIONES DE LA GESTORA:** LA GESTORA se compromete de acuerdo a sus políticas, prioridades y disponibilidades a:

- 6.1. Facilitar y poner al servicio de **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** el personal de apoyo, los espacios físicos, los instrumentos y demás elementos requeridos para la correcta y eficaz prestación de los servicios.
- 6.2. A abonar oportunamente a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** la participación que le corresponde cuyas facturas hayan sido radicadas y cumplan lo establecido en el anexo económico;
- 6.3. En general, a facilitar las condiciones que permitan a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** desarrollar su actividad con comodidad, eficiencia y calidad.
- 6.4. Informar a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** de cualquier hecho o eventualidad que pueda afectar el desarrollo normal de la prestación de servicios de salud.
- 6.5. Atender ante cualquier autoridad pública, notificando a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, por reclamaciones de los pacientes atendidos en sus instalaciones.
- 6.6. Celebrar los contratos y actos necesarios para el desarrollo normal del negocio.

**SÉPTIMA.- OBLIGACIONES DE EL PROFESIONAL DE LA SALUD:** Poner a disposición de **LA GESTORA**, su conocimiento y experiencia al desarrollo del presente contrato y especialmente se compromete a:

- 7.1. Realizar los actos médicos y participar en las actividades encaminadas a optimizar los servicios médicos dentro del campo de su conocimiento o especialidad en las instalaciones de **LA GESTORA**, en concertación permanente con la Dirección Médica conforme a la demanda y al volumen de pacientes.
- 7.2. Colaborar en la ejecución de los convenios docente asistenciales que celebre **LA GESTORA** al igual que en temas de investigación dentro de su campo científico, como parte del desarrollo de su gestión profesional.
- 7.3. Atender, participar y apoyar los programas que establezca **LA GESTORA**, las políticas y estrategias encaminadas a optimizar el servicio y la calidad de los tratamientos, procedimientos y actividades ofrecidas, diseñadas, elaboradas y lideradas por la institución a través de Comités Científicos de Auditoría Médica y de Historias Clínicas, los cuales se ejecutarán con plena autonomía técnica en provecho de **LAS PARTES** para el adecuado desarrollo de las actividades inherentes a este contrato.
- 7.4. Prestar los servicios contratados con sujeción a los principios ético-científicos que enmarcan el ejercicio profesional de la medicina.
- 7.5. Ejercer su profesión dentro de los términos y parámetros establecidos en el modelo de seguridad social en salud.
- 7.6. Abstenerse de desviar y/o auto-remitirse los pacientes de **LA GESTORA** so pena de asumir las consecuencias contractuales y legales que ello implique.
- 7.7. Mantener vigente durante la vigencia del presente contrato una póliza de responsabilidad civil profesional expedida por una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia en las coberturas y montos asegurados que indique **LA GESTORA**, de tal manera que mantenga indemne a **LA GESTORA** por eventuales reclamaciones de pacientes atendidos por **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**.
- 7.8. Salir en defensa de **LA GESTORA** en el evento de que cualquier paciente accione civil, administrativa o disciplinariamente en su contra y/o de la institución.



## CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

**7.9.** Diligenciar y suscribir las historias clínicas y los consentimientos informados conforme las disposiciones que regulen la materia.

**7.10.** Atender las sugerencias, observaciones y recomendaciones que imparta la Dirección Médica de **LA GESTORA**.

**7.11.** Garantizar que el total de los registros clínicos sean realizados en los formularios y/o aplicativos definidos por **LA GESTORA**.

**7.12.** Cumplir las políticas de Seguridad de la atención en especial en la identificación y reporte de eventos adversos.

**7.13.** Mantener vigentes todos los documentos exigidos para la prestación de servicios de salud respetando los protocolos establecidos para la prestación de los mismos.

**7.14.** Responder por los casos de negligencia que se le imputen por su actuación profesional.

**7.15. EL PROFESIONAL DE LA SALUD** se adhiere a los parámetros del Código Buen Gobierno de **EL GESTOR**.

**OCTAVA.- VIGILANCIA DEL CONTRATO:** **LA GESTORA** supervisará la ejecución del servicio profesional encomendado y podrá formular las observaciones del caso con el fin de analizarlas conjuntamente con **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, para efectuar por parte de éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**NOVENA.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato podrá terminar por el mutuo acuerdo de **LAS PARTES**, o por decisión unilateral de cualquiera de ellos comunicada por escrito en cualquier momento; o por el incumplimiento de los deberes concomitantes, derivados o conexos a su ejecución, sin que haya lugar a sustentación, indemnización o motivación alguna, dada la naturaleza de este convenio como consecuencia de la terminación.

**PARÁGRAFO.-** Como consecuencia de la terminación del presente contrato, por cualquiera de las causales se procederá a su liquidación.

**DÉCIMA.- CAPACIDAD JURÍDICA:** La participación que se organiza no goza de capacidad jurídica, pero **LA GESTORA** en su propio nombre puede ejecutar los actos, contratos y operaciones relacionados con los fines que se persiguen. La participación de los asociados se encamina a la obtención de la finalidad concreta y común del logro de utilidades derivadas del objeto del presente contrato.

**UNDÉCIMA.- RESPONSABILIDAD DE EL PROFESIONAL DE LA SALUD:** **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** no administra ante terceros, sin embargo, participa en los ingresos en la proporción que se ha estipulado, participación que entiende y acepta que no constituye salario sino una participación derivada de un contrato de cuentas en participación.

**DUODECIMA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** **LAS PARTES** entienden y asumen el alcance de este contrato y declaran que no tiene carácter laboral, ni de sociedad de hecho, ni de agencia comercial. La presente participación no constituye una persona jurídica, por tanto, carece de nombre, patrimonio social y domicilio.

## CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

**DECIMOTERCERA.- MODIFICACIONES:** LAS PARTES podrán modificar por mutuo acuerdo cualquiera de las estipulaciones contenidas en el presente contrato, siempre que conste por escrito.

**DECIMOCUARTA.- CESIÓN:** EL PROFESIONAL DE LA SALUD no podrá ceder total o parcialmente la ejecución del presente contrato o sus efectos económicos. Este contrato es intuitu personae.

**DECIMOQUINTA.- DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales el domicilio será la ciudad de Cali, las comunicaciones y notificaciones entre los contratantes serán recibidas en las direcciones anotadas en el encabezado del presente contrato.

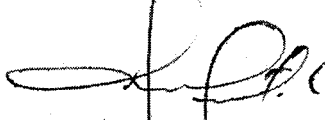
**DECIMOSEXTA.- SOPORTE DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL:** EL PROFESIONAL DE LA SALUD en su calidad de profesional independiente deberá estar afiliado al sistema general de seguridad social y está obligado a entregar a LA GESTORA, mes a mes, los soportes de pago respectivos. Queda entendido que EL PROFESIONAL DE LA SALUD exonera a LA GESTORA de cualquier prestación económica o asistencial derivada del incumplimiento u omisión por su parte del pago de estas obligaciones.

**DECIMOSEPTIMA.- CONFIDENCIALIDAD:** LAS PARTES se obligan a mantener la más estricta confidencialidad respecto de las actividades que desarrollan para los fines del presente contrato y especialmente a respetar las historias clínicas. Salvo estipulación en contrario en casos particulares los derechos de autor que se desprendan de programas de investigación corresponderán a LA GESTORA.

**DECIMOOCATAVA.- DEROGACIÓN:** Las partes acuerdan expresamente que el presente contrato constituye el acuerdo único y total existente entre ellas para regular las relaciones jurídicas que se deriven del objeto del mismo y que reemplaza cualquier otro tipo de acuerdo verbal o escrito que haya existido entre ellas, en especial la oferta mercantil aceptada por las partes que deja de producir efectos a partir de la fecha del presente contrato.

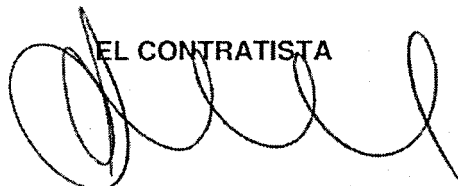
De conformidad con lo anterior, LAS PARTES lo firman en la ciudad de Cali, en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, en la fecha relacionada en el encabezado.

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI



ALVARO QUINTERO CASTAÑO  
Representante Legal Suplente

EL CONTRATISTA



VELEZ LONDONO JUAN DIEGO  
C.C 70550823

86

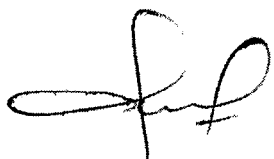
## ANEXO ECONÓMICO

### CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

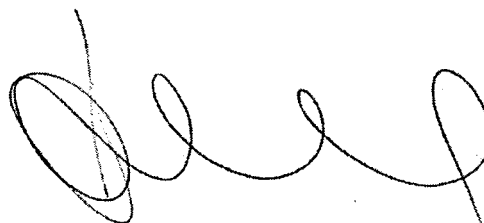
No. \_\_\_\_

Las partes acuerdan, que de conformidad con la Cláusula cuarta del contrato en la modalidad de cuentas en participación suscrito entre ellos, para el cálculo y la liquidación de la participación económica de **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** se tendrán los siguientes porcentajes correspondiente a cada servicio:

SERVICIO	PORCENTAJE PARTICIPACION
✓ Consulta	80%
✓ Interconsulta	80%
✓ Honorarios de Infectologo para Trasplante	80%



FUNDACIÓN VALLE DEL LILI



VELEZ LONDONO JUAN DIEGO

C.C 70.550.823

# LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION

Y EN SU NOMBRE

## EL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD C E S

EN ATENCION A QUE

**Juan Diego Vélez Gondoño**

C.C. 70550.823 de Envigado (Ant.)

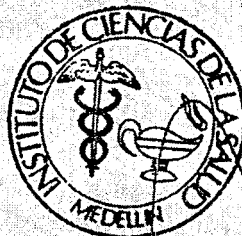
HA COMPLETADO TODOS LOS ESTUDIOS QUE LOS ESTATUTOS  
LEGALES EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

**Médico y Cirujano**

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELI  
SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN  
MEDELLIN A LOS 23 DIAS DEL MES DE Noviembre DE 1984



*Hernán Vela*  
RECTOR DEL INSTITUTO



*Luis Alfonso Uribe*  
DECANO DE LA FACULTAD



NOTARIA TRECE  
DOY FE de que este Documento

LIBRO 2 #672  
FOLIO 889  
FECHA 23 de Noviembre de 1984



EN NOMBRE DE  
LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
Y POR AUTORIZACION  
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

EN ATENCION A QUE

Juan Diego Vélez Londoño

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS  
EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA. EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS  
SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN, EL DIA 31 DEL MES DE AGOSTO DE 1990

*Luis Vélez*  
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

*Osbaldo*  
SECRETARIO GENERAL

*Juan Vélez*  
DECANO DE LA FACULTAD  
FACULTAD DE MEDICINA  
DECANO

TITULAR  
CC. N° 70.550.823

de Enviado (Rnt.)

01209



Radicado: 1000005 0000000000000324988  
Fecha: 20.09.2017 Hora: 11:58:04  
Sociedad: 1000 FUNDACION VALLE DEL LILI



## CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

<b>Contrato No.</b>	
<b>1. FUNDACIÓN VALLE DEL LILI (LA GESTORA)</b>	<b>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI</b> NIT. 890.324.1777-5 con personería jurídica reconocida por Resolución No. 006337 del 21 de junio de 1983 del Ministerio de Salud y con domicilio en la ciudad de Cali, representada en este acto por su Representante Legal Suplente Dr. ALVARO QUINTERO CASTAÑO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.250.125, debidamente autorizado para celebrar el presente contrato, quien para los efectos de este contrato se denominará en adelante <b>LA GESTORA</b> .  Dirección: Av. Simón Bolívar. Cra 98 No. 18-49 de la ciudad de Cali.
<b>2. EL PROFESIONAL DE LA SALUD (EL PARTICIPE)</b>	<b>Nombre:</b> ARISTIZABAL VASQUEZ GONZALO AL <b>CC:</b> 16346322 quien para los efectos del presente contrato se denomina <b>EL PROFESIONAL DE LA SALUD o EL PARTICIPE</b> <b>Especialidad:</b> Cirugía General
<b>3. DURACIÓN</b>	<b>1 Año</b> <b>Fecha de Inicio:</b> 01 de enero de 2016
<b>4. LUGAR Y FECHA DE CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO</b>	Santiago de Cali

Las Partes debidamente identificadas como aparecen en los numerales 1 y 2 del encabezado y que conjuntamente se denominarán como "LAS PARTES", inspiradas en la buena fe, convienen celebrar el presente CONTRATO DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN, conforme lo dispuesto en los Artículos 507 y siguientes del Código de Comercio, y demás normas complementarias, el cual se regirá por las cláusulas que a continuación se señalan y en lo no previsto en ellas por las normas legales contenidas en el Código de Comercio y las demás disposiciones que regulen la materia.

**PRIMERA.- OBJETO:** El presente contrato tiene por objeto la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios de la FUNDACIÓN VALLE DEL LILI mediante la utilización con orientación académica de los más avanzados recursos médicos. La prestación de los servicios de salud será ofrecida por parte de la FUNDACIÓN VALLE DEL LILI en su calidad de gestora a las diferentes entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social y a los particulares aprovechando los aportes realizados por **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** en su calidad de PARTICIPE, quien se obliga en su calidad de Médico bajo su entera y absoluta responsabilidad y autonomía técnica a prestar a los pacientes de **LA GESTORA** los servicios requeridos por y para tales pacientes y a ejecutar los procedimientos y actividades propias del servicio contratado, con sujeción a la agenda que él mismo programe a través de **LA GESTORA**, de conformidad con las condiciones del presente documento y eventuales cláusulas adicionales que fuere necesario instrumentar para garantizar la idoneidad, oportunidad y calidad del servicio prestado, estipulaciones que serán comunicadas a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** con la debida antelación para su cabal implementación.



Radicado: 1000005 000000000000295858  
Fecha: 23.08.2017 Hora: 09:28:48  
Sociedad: 1000 FUNDACION VALLE DEL LILI

## **CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN**

**SEGUNDA.- DECLARACIONES:** En el presente contrato FUNDACIÓN VALLE DEL LILI actuará como **LA GESTORA** aportando las instalaciones, administración y gerencia de la prestación de los servicios de salud.

De esta manera, las operaciones tendientes al desarrollo de la prestación de servicios de salud se ejecutarán y se darán a conocer ante terceros como propias de FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, quien será la única responsable de las obligaciones que contraiga en desarrollo del presente contrato, las cuales serán ejecutadas a su nombre y bajo su responsabilidad, incluidas las obligaciones tributarias que le correspondan. De igual manera, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, ejercerá los derechos que resulten del ejercicio de dicha actividad.

**EL PROFESIONAL DE LA SALUD** actuará como **PARTÍCIPE** y le corresponderá únicamente el aporte de su conocimiento, experiencia y destreza en la prestación de servicios de salud, en las condiciones consagradas en este contrato, teniendo en cuenta que es un profesional independiente y que se encuentra en el autónomo ejercicio de su profesión liberal.

Mediante la suscripción del presente contrato, LAS PARTES declaran que cumplen con las normas generales y particulares sobre control y prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaran expresamente LAS PARTES por medio del presente contrato, que no existen inhabilidades e incompatibilidades que prohíban la suscripción del presente contrato.

**TERCERA.- APORTES:** Las condiciones en las que se efectuará el aporte de LAS PARTES en el presente contrato son las siguientes:

**3.1 EL PROFESIONAL DE LA SALUD** aportará su conocimiento, experiencia y destreza en la prestación de servicios de salud, en su especialidad aportando:

- Su participación en las actividades encaminadas a optimizar los servicios médicos dentro del campo de su conocimiento o especialidad en las instalaciones de **LA GESTORA**, en concertación permanente con la Dirección Médica conforme a la demanda y al volumen de pacientes.
- Su colaboración en la ejecución de los convenios docente asistenciales que celebre **LA GESTORA** al igual que en temas de investigación dentro de su campo científico, como parte del desarrollo de su gestión profesional; además aporta su atención, participación y apoyo en los programas que establezca **LA GESTORA**, las políticas y estrategias encaminadas a optimizar el servicio y la calidad de los tratamientos, procedimientos y actividades ofrecidas, diseñadas, elaboradas y lideradas por la institución a través de Comités Científicos de Auditoría Médica y de Historias Clínicas.

El aporte de **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** lo realizará en las horas que convengan entre las partes.

**3.2 LA GESTORA** por su parte, aportará las instalaciones, administración y gerencia de la prestación de los servicios de salud.

## CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

**CUARTA.- PARTICIPACIÓN ECONÓMICA:** LAS PARTES acuerdan la siguiente participación económica derivada de los aportes en este contrato:

**EL PROFESIONAL DE LA SALUD** tendrá una participación de un porcentaje sobre los honorarios que factura LA FUNDACIÓN VALLE DEL LILI de acuerdo con la tarifa y convenio que **LA GESTORA** suscriba para cada evento. Las tarifas serán actualizadas de tiempo en tiempo conforme a las condiciones de mercado.

Para determinar el monto de los ingresos y los respectivos aportes que les correspondan a LAS PARTES, se implementa el siguiente procedimiento de control:

**4.1. LA GESTORA**, reconocerá y abonará mensualmente a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, la participación que a él corresponda sobre los servicios médicos efectivamente brindados a los pacientes de **LA GESTORA**, la que realizará la gestión de facturación y cobranza a sus clientes.

**4.2.** La participación en los beneficios que corresponde a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, se causarán al momento en que **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** radique satisfactoriamente las cuentas correspondientes conforme a las reglas señaladas en el anexo económico y serán entregados a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** el día veinte (20) del mes calendario siguiente a la radicación de las cuentas efectuadas por **LA GESTORA** ante las entidades aseguradoras u otras personas o entidades.

**4.3.** Una vez radicadas las facturas por **LA GESTORA** ante las entidades aseguradoras u otras personas o entidades y habiendo **LA GESTORA** entregado dineros a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, puede ocurrir:

**4.3.1.** Que los servicios o parte de éstos sean glosados y en consecuencia no sean pagados a **LA GESTORA**. En este caso, **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** se obliga a restituir su participación sobre dichos valores, autorizando a través del presente documento a **LA GESTORA** para que aquellos sean descontados sobre una o más liquidaciones de participación posteriores, a elección de **LA GESTORA**.

**4.3.2.** Que los servicios o parte de éstos no sean pagados a **LA GESTORA** por la entidad aseguradora o el cliente particular, teniendo **LA GESTORA** que castigar dicha cartera. En este caso, **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** se obliga a restituir dichos valores, autorizando a través del presente documento a **LA GESTORA** para que aquellos sean descontados sobre una o más liquidaciones de participación posteriores, a elección de **LA GESTORA**.

Todo tratamiento y procedimiento realizado, se pagará con los porcentajes de las tarifas establecidas en el Anexo Económico que forma parte integral del presente documento. LAS PARTES acuerdan que los porcentajes de participación pactados en el anexo económico, son inmodificables de manera unilateral, por lo cual en caso de cambio se requerirá del acuerdo escrito suscrito por LAS PARTES.

**QUINTA.- DURACIÓN:** La duración del presente contrato es de un año (1) año contado a partir de la fecha de inicio relacionada en el encabezado, con renovaciones automáticas por igual término si ninguna de LAS PARTES manifiesta su intención de terminarlo unilateralmente en cualquier tiempo dando aviso escrito.

## **CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN**

**SEXTA.- OBLIGACIONES DE LA GESTORA:** LA GESTORA se compromete de acuerdo a sus políticas, prioridades y disponibilidades a:

- 6.1. Facilitar y poner al servicio de **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** el personal de apoyo, los espacios físicos, los instrumentos y demás elementos requeridos para la correcta y eficaz prestación de los servicios.
- 6.2. A abonar oportunamente a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** la participación que le corresponde cuyas facturas hayan sido radicadas y cumplan lo establecido en el anexo económico;
- 6.3. En general, a facilitar las condiciones que permitan a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** desarrollar su actividad con comodidad, eficiencia y calidad.
- 6.4. Informar a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** de cualquier hecho o eventualidad que pueda afectar el desarrollo normal de la prestación de servicios de salud.
- 6.5. Atender ante cualquier autoridad pública, notificando a **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, por reclamaciones de los pacientes atendidos en sus instalaciones.
- 6.6. Celebrar los contratos y actos necesarios para el desarrollo normal del negocio.

**SÉPTIMA.- OBLIGACIONES DE EL PROFESIONAL DE LA SALUD:** Poner a disposición de **LA GESTORA**, su conocimiento y experiencia al desarrollo del presente contrato y especialmente se compromete a:

- 7.1. Realizar los actos médicos y participar en las actividades encaminadas a optimizar los servicios médicos dentro del campo de su conocimiento o especialidad en las instalaciones de **LA GESTORA**, en concertación permanente con la Dirección Médica conforme a la demanda y al volumen de pacientes.
- 7.2. Colaborar en la ejecución de los convenios docente asistenciales que celebre **LA GESTORA** al igual que en temas de investigación dentro de su campo científico, como parte del desarrollo de su gestión profesional.
- 7.3. Atender, participar y apoyar los programas que establezca **LA GESTORA**, las políticas y estrategias encaminadas a optimizar el servicio y la calidad de los tratamientos, procedimientos y actividades ofrecidas, diseñadas, elaboradas y lideradas por la institución a través de Comités Científicos de Auditoría Médica y de Historias Clínicas, los cuales se ejecutarán con plena autonomía técnica en provecho de **LAS PARTES** para el adecuado desarrollo de las actividades inherentes a este contrato.
- 7.4. Prestar los servicios contratados con sujeción a los principios ético-científicos que enmarcan el ejercicio profesional de la medicina.
- 7.5. Ejercer su profesión dentro de los términos y parámetros establecidos en el modelo de seguridad social en salud.
- 7.6. Abstenerse de desviar y/o auto-remitir los pacientes de **LA GESTORA** so pena de asumir las consecuencias contractuales y legales que ello implique.
- 7.7. Mantener vigente durante la vigencia del presente contrato una póliza de responsabilidad civil profesional expedida por una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia en las coberturas y montos asegurados que indique **LA GESTORA**, de tal manera que mantenga indemne a **LA GESTORA** por eventuales reclamaciones de pacientes atendidos por **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**.
- 7.8. Salir en defensa de **LA GESTORA** en el evento de que cualquier paciente accione civil, administrativa o disciplinariamente en su contra y/o de la institución.

62

## CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

**7.9.** Diligenciar y suscribir las historias clínicas y los consentimientos informados conforme las disposiciones que regulen la materia.

**7.10.** Atender las sugerencias, observaciones y recomendaciones que imparta la Dirección Médica de **LA GESTORA**.

**7.11.** Garantizar que el total de los registros clínicos sean realizados en los formularios y/o aplicativos definidos por **LA GESTORA**.

**7.12.** Cumplir las políticas de Seguridad de la atención en especial en la identificación y reporte de eventos adversos.

**7.13.** Mantener vigentes todos los documentos exigidos para la prestación de servicios de salud respetando los protocolos establecidos para la prestación de los mismos.

**7.14.** Responder por los casos de negligencia que se le imputen por su actuación profesional.

**7.15. EL PROFESIONAL DE LA SALUD** se adhiere a los parámetros del Código Buen Gobierno de **EL GESTOR**.

**OCTAVA.- VIGILANCIA DEL CONTRATO:** **LA GESTORA** supervisará la ejecución del servicio profesional encomendado y podrá formular las observaciones del caso con el fin de analizarlas conjuntamente con **EL PROFESIONAL DE LA SALUD**, para efectuar por parte de éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar.

**NOVENA.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato podrá terminar por el mutuo acuerdo de LAS PARTES, o por decisión unilateral de cualquiera de ellos comunicada por escrito en cualquier momento; o por el incumplimiento de los deberes concomitantes, derivados o conexos a su ejecución, sin que haya lugar a sustentación, indemnización o motivación alguna, dada la naturaleza de este convenio como consecuencia de la terminación.

**PARÁGRAFO.-** Como consecuencia de la terminación del presente contrato, por cualquiera de las causales se procederá a su liquidación.

**DÉCIMA.- CAPACIDAD JURÍDICA:** La participación que se organiza no goza de capacidad jurídica, pero **LA GESTORA** en su propio nombre puede ejecutar los actos, contratos y operaciones relacionados con los fines que se persiguen. La participación de los asociados se encamina a la obtención de la finalidad concreta y común del logro de utilidades derivadas del objeto del presente contrato.

**UNDÉCIMA.- RESPONSABILIDAD DE EL PROFESIONAL DE LA SALUD:** **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** no administra ante terceros, sin embargo, participa en los ingresos en la proporción que se ha estipulado, participación que entiende y acepta que no constituye salario sino una participación derivada de un contrato de cuentas en participación.

**DUODECIMA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** LAS PARTES entienden y asumen el alcance de este contrato y declaran que no tiene carácter laboral, ni de sociedad de hecho, ni de agencia comercial. La presente participación no constituye una persona jurídica, por tanto, carece de nombre, patrimonio social y domicilio.

## CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

**DECIMOTERCERA.- MODIFICACIONES:** LAS PARTES podrán modificar por mutuo acuerdo cualquiera de las estipulaciones contenidas en el presente contrato, siempre que conste por escrito.

**DECIMOCUARTA.- CESIÓN: EL PROFESIONAL DE LA SALUD** no podrá ceder total o parcialmente la ejecución del presente contrato o sus efectos económicos. Este contrato es intuitu personae.

**DECIMOQUINTA.- DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales el domicilio será la ciudad de Cali, las comunicaciones y notificaciones entre los contratantes serán recibidas en las direcciones anotadas en el encabezado del presente contrato.

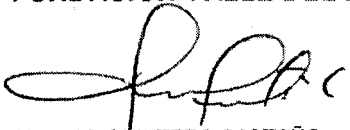
**DECIMOSEXTA.- SOPORTE DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL: EL PROFESIONAL DE LA SALUD** en su calidad de profesional independiente deberá estar afiliado al sistema general de seguridad social y está obligado a entregar a **LA GESTORA**, mes a mes, los soportes de pago respectivos. Queda entendido que **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** exonera a **LA GESTORA** de cualquier prestación económica o asistencial derivada del incumplimiento u omisión por su parte del pago de estas obligaciones.

**DECIMOSEPTIMA.- CONFIDENCIALIDAD: LAS PARTES** se obligan a mantener la más estricta confidencialidad respecto de las actividades que desarrollan para los fines del presente contrato y especialmente a respetar las historias clínicas. Salvo estipulación en contrario en casos particulares los derechos de autor que se desprendan de programas de investigación corresponderán a **LA GESTORA**.

**DECIMOOCATAVA.- DEROGACIÓN:** Las partes acuerdan expresamente que el presente contrato constituye el acuerdo único y total existente entre ellas para regular las relaciones jurídicas que se deriven del objeto del mismo y que reemplaza cualquier otro tipo de acuerdo verbal o escrito que haya existido entre ellas, en especial la oferta mercantil aceptada por las partes que deja de producir efectos a partir de la fecha del presente contrato.

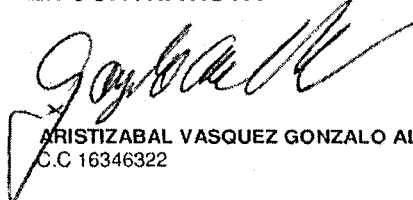
De conformidad con lo anterior, LAS PARTES lo firman en la ciudad de Cali, en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, en la fecha relacionada en el encabezado.

**FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**



**ALVARO QUINTERO CASTAÑO**  
Representante Legal Suplente

**EL CONTRATISTA**



**ARISTIZABAL VASQUEZ GONZALO AL**  
C.C 16346322

ANEXO ECONÓMICO

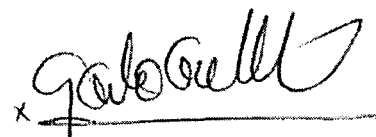
CONTRATO EN LA MODALIDAD DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN

No. \_\_\_\_\_

Las partes acuerdan, que de conformidad con la Cláusula cuarta del contrato en la modalidad de cuentas en participación suscrito entre ellos, para el cálculo y la liquidación de la participación económica de **EL PROFESIONAL DE LA SALUD** se tendrán los siguientes porcentajes correspondiente a cada servicio:

SERVICIO	PORCENTAJE PARTICIPACION
✓ Consulta	80%
✓ Interconsulta	80%
✓ Honorarios por Cirugía	80%

  
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

  
ARISTIZABAL VASQUEZ GONZALO A.  
C.C 15.346.322

64

La República de Colombia  
y en su nombre



# La Universidad del Valle

confiere el título de

Médico y Cirujano

a

Gonzalo Alfonso Aristizábal Márquez

En testimonio de ello le expide el  
presente diploma en Cali, Valle del  
Cauca, el día 7 del mes de  
Marzo de 1980 y lo refren-  
da con el sello de la Institución.

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE CALI

Esta fotocopia concuerda  
que tuve a la vista.

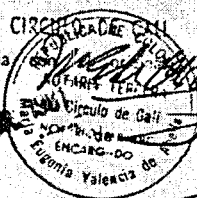
Cali,

de

21

de

1980



DECANO

MINISTERIO DE EDUCACION

LA NOTARIA SEXTA DEL CIRCULO DE CALI

En el presente documento es fotocopia  
original que el suscrito ha tenido a la vista

22 NOV 1980

SECRETARIO DEL MINISTERIO DE EDUCACION

ANOTADO AL FOLIO DEL LIBRO

DE DIPLOMAS

BOGOTA, D. E. DE 19



Radicado: 1000005 000000000000295875  
Fecha: 23.08.2017 Hora: 09:28:48  
Sociedad: 1000 FUNDACION VALLE DEL LILI

La República de Colombia  
y en su nombre



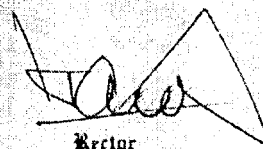
La Universidad del Valle

confiere el título de  
Especialista en Cirugía General  
al Doctor

Gonzalo Alfonso Aristizábal Vásquez

C.C.No. 16.346.322 de Tulud

En testimonio de ello le expide el  
presente diploma en Cali, Valle  
del Cauca, el día 27 del mes de  
Marzo de 1987 y lo refren-  
da con el sello de la Institución.


  
Rector

24 JUL 1987

Es igual al original  
Edgar Vidalia González  
NOTARIO DEL CAJ

  
Secretario de la Antoridad

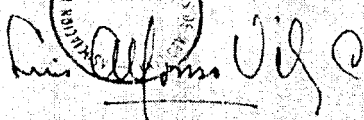
  
Decano de la Facultad de Salud

  
Jefe del Departamento

  
Jefe de Educación para Graduados

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, hace constar que el programa de CIRUGIA GENERAL  
de la Facultad de Salud de la Antoridad del Valle, está aprobado por esta Institución.

Presidente



Bogotá, JULIO 15 DE 1987



Radicado: 1000005 000000000000295882

Fecha: 23.08.2017 Hora: 09:28:49

Sociedad: 1000 FUNDACION VALLE DEL LILI

66

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD  
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N° 226478

Firma Médica

Nombre y Apellidos

GONZALO ALFONSO ARISTIZABAL Y

C 16346322

Unidad

VALLE

Ciudad

CALI

Código

037347

Fecha de Expedición

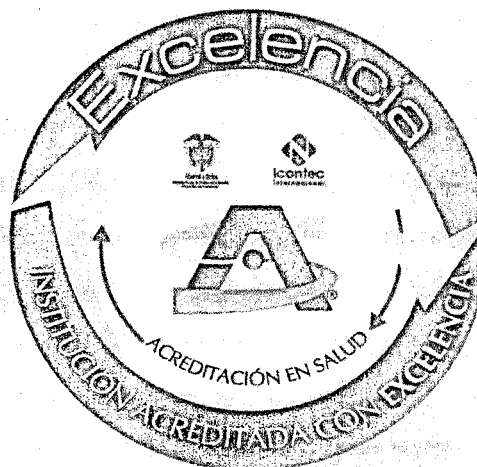
06/01/94



Radicado: 1000005 0000000000000295881  
Fecha: 23.08.2017 Hora: 09:28:48  
Sociedad: 1000 FUNDACION VALLE DEL LILI

ENTIDAD ACREDITADORA EN SALUD SEGÚN REGISTRO No 001, RES. 2427 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
HEALTH CARE ACCREDITATION BODY AS PER REGISTRATION No.001, RES.2427 OF 2014 ISSUED BY THE MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL PROTECTION

MIEMBRO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIÓN ACREDITADA POR LA SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - ISQua  
INSTITUTIONAL MEMBER AND ORGANIZATION ACCREDITED BY THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE - ISQua



**CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EN SALUD**  
**CERTIFICATE OF HEALTH CARE ACCREDITATION**

ICONTEC certifica que  
ICONTEC certifies that

**FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**

Carrera 98 No.18 - 49 Cali Valle del Cauca y su sede:

**UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES- BETANIA**

Calle 50 No. 118 A -68 Cali, Valle del Cauca

**Ha sido evaluado y aprobado con respecto a los estándares del**  
**SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD - SUA**  
ANEXO TÉCNICO, RES. 2082 DE 2014 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**Has been assessed and approved based on the standards of the**  
**COLOMBIAN HEALTH CARE ACCREDITATION SYSTEM**  
TECHNICAL ANNEX, RES. No. 2082 OF 2014, ISSUED BY THE MINISTRY OF SOCIAL PROTECTION

**Esta aprobación está sujeta a que se cumplan y mantengan los requisitos de los estándares,**  
**lo cual será verificado por ICONTEC**

**This approval is subject to the fulfillment and maintenance of requirements established in the standards,**  
**which will be verified by ICONTEC**

**Certificado No. 015**  
Certificate No.

**Fecha de aprobación:**  
Approval date:

**2015 09 23**

**Fecha de Vencimiento:** 2019 09 22  
Expiration date:

**ROBERTO ENRIQUE MONTOYA VILLA**  
Director Ejecutivo de ICONTEC

# Informe de microbiología

FUNDACION VALLE DEL LILI

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49  
Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051412	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Servicio ais	HOSP. SEXTO PISO	F. muestra	01/11/2008 07:45 p....
Méd resp				Méd sol	

HEMOCULTIVO

\*No se observa Levadura ni Mohos



MIC	= Sensible	N/R	= No Informado	Blanco	= Dato no disponibles, o antiprimario no informado o no probado
	= Intermedio	—	= No Probado	ESBL	= Beta-lactamasa de espectro ampliado
	= Resistente	TFG	= Cepa Timidin-dependiente	Blac	= Beta-lactamasa positiva
	= mcg/ml (mg/L)				

S\* = Interpretación predictiva sensible  
R\* = Interpretación predictiva resistente  
EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.  
IB = Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

A = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051412	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	50R /	F. muestra	01/11/2008 07:45 p....

Impresión 15/05/2009 08:14 a.m.

Página 1 de 1

Téc: \_\_\_\_\_

# Informe de microbiología

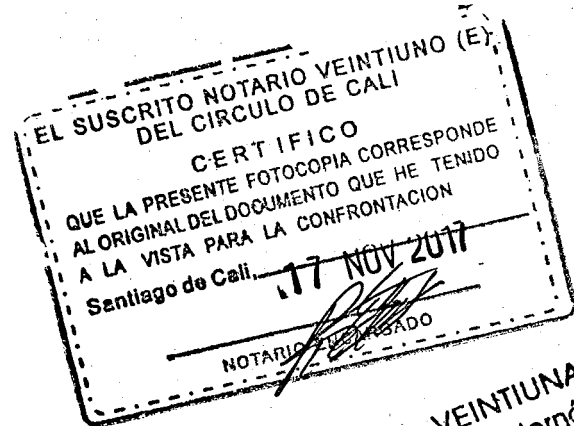
FUNDACION VALLE DEL LILI

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49  
Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLIZ	Muestra	081101051212	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Servicio ais	HOSP. SEXTO PISO	F. muestra	01/11/2008 07:35 p....
Méd resp				Méd sol	

HEMOCULTIVO

\*No se observa Levadura ni Mohos



MIC	= Sensible	N/R	= No Informado	Blanco	= Dato no disponibles, o activo o blanco no informable o no probado
	= Intermedio	—	= No Probado	ESBL	= Beta-lactamasa de espectro ampliado
	= Resistente	TFG	= Cepa Timidin-dependiente	Blac	= Beta-lactamasa positiva
S*	= Interpretación predictiva sensible				
R*	= Interpretación predictiva resistente				
EBL?	= Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.				
IB	= Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de ;Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.				

^ = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLIZ	Muestra	081101051212	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	50R /	F. muestra	01/11/2008 07:35 p....

Impresión 15/05/2009 08:14 a.m.

Página 1 de 1

Téc: \_\_\_\_\_

# Informe de microbiología

FUNDACION VALLE DEL LILI

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49  
Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101044912	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Servicio ais	HOSPI. QUINTO ORIENTE	F. muestra	01/11/2008 03:35 p....
Méd resp				Méd sol	

TEJIDO \*No se observa Levadura ni Mohos

Texto libre de la muestra  
MASA SUPRACLAVICULAR



= Sensible  
= Intermedio  
= Resistente  
= mcg/ml (mg/L)

N/R = No Informado  
= No Probado  
TFG = Cepa Timidin-dependiente

Blanco = Dato no disponibles, o antimicrobiano no interpretable, o no probado  
ESBL = Beta-lactamasa de espectro ampliado  
Blac = Beta-lactamasa positiva

S\* = Interpretación predictiva sensible  
R\* = Interpretación predictiva resistente  
EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.  
IB = Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de ;Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

A = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101044912	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO DE HONGOS	Fecha Esta...	24/11/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	50R /	F. muestra	01/11/2008 03:35 p....

Impresión 15/05/2009 08:14 a.m.

Página 1 de 1

Téc: \_\_\_\_\_

NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

## Informe Microbiología

FUNDACION VALLE DEL LILI

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49  
Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101044913	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Servicio	5 PISO ORIENTE	F. muestra	01/11/2008

Negativo a las 8 semanas

Negativo

Texto libre de la muestra  
MASA SUPRACLAVICULAR



MIC	= Sensible	N/R	= No Informado	Bianco	= Dato no disponibles, o dato microbiológico no informado o no probado
	= Intermedio	—	= No Probado	ESBL	= Beta-lactamasa de espectro ampliado
	= Resistente	TFG	= Cepa Timidin-dependiente	Blac	= Beta-lactamasa positiva
	= mcg/ml (mg/L)				

S\* = Interpretación predictiva sensible  
R\* = Interpretación predictiva resistente  
EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.  
IB = Beta-lactamasa inducible. Aparece en lugar de Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

A = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101044913	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	5OR /	F. muestra	01/11/2008

Impresión 24/04/2009 05:03 p.m.

Página 1 de 1

Téc:



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

## Informe Microbiología

FUNDACION VALLE DEL LILI

00000005

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49  
Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLIZ	Muestra	081101051413	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Servicio	HOSP. SEXTO PISO	F. muestra	01/11/2008 07:45 p....

HEMOCULTIVO

Negativo

Negativo a las 8 semanas



R  
MIC = Sensible  
= Intermedio  
= Resistente  
= mcg/ml (mg/L)

N/R = No Informado  
--- = No Probado  
TFG = Cepa Timidin-dependiente

Blanco = Dato no disponibles, o antimicrobiano no inyectable o no probado  
ESBL = Beta-lactamasa de espectro ampliado  
Blac = Beta-lactamasa positiva

S\* = Interpretación predictiva sensible  
R\* = Interpretación predictiva resistente  
EBL? = Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.  
IB = Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.

A = Interpretación informada modificada

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLIZ	Muestra	081101051413	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	50R /	F. muestra	01/11/2008 07:45 p....

Impresión 24/04/2009 05:03 p.m.

Página 1 de 1

Téc: \_\_\_\_\_



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

## Informe Microbiología

FUNDACION VALLE DEL LILI

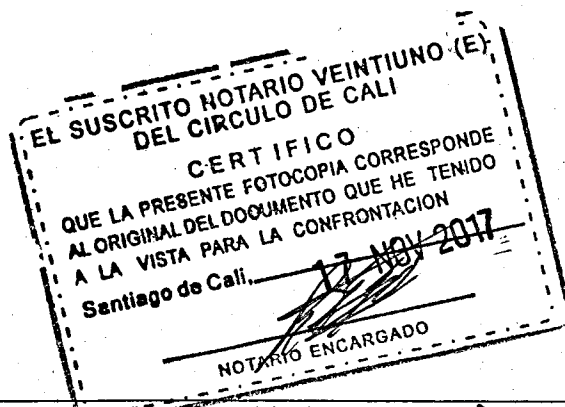
00000000

Av Simon Bolivar Cra 98 # 18 - 49  
Telefono: 3317474 Ext. 3169 Fax 3317499

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051213	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Servicio	HOSP. SEXTO PISO	F. muestra	01/11/2008 07:35 p....

HEMOCULTIVO  
Negativo

Negativo a las 8 semanas



	= Sensible	N/R	= No Informado	Blanco	= Datos no disponibles, o antimicrobiano no informable o no probado
-MIC	= Intermedio	---	= No Probado	ESBL	= Beta-lactamasa de espectro ampliado
	= Resistente	TFG	= Cepa Timidin-dependiente	Blac	= Beta-lactamasa positiva
	= mcg/ml (mg/L)				
S*	= Interpretación predictiva sensible				
R*	= Interpretación predictiva resistente				
EBL?	= Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.				
IB	= Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialmente resistentes a todos los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con antibióticos beta-lactámicos.				
A	= Interpretación informada modificada				

Para aislamientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

Nombre	PRETEL VICTORIA, DEYLUZ	Muestra	081101051213	Estado	Final
ID del paciente	35805294	Origen	CULTIVO MICOBACTERIAS	Fecha Esta...	26/12/2008
Fecha de naci...		Planta/Hab	50R /	F. muestra	01/11/2008 07:35 p....

Impresión 24/04/2009 05:03 p.m.

Página 1 de 1

Téc: \_\_\_\_\_

NOTARIA VEINTIUNO  
ROSALBA Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

00000007

21

## INFORME DE PATOLOGIA

PACIENTE	PRETEL VICTORIA DEYLUZ	EDAD	años
No. DE REGISTRO	F08-12150	FECHA	12-Dic-08
MEDICO	Vidal Cagigas Andres	HC	398781
		CC	35805294

### INFORMACION CLINICA

#### DIAGNOSTICO CLINICO

Hiperpigmentación secundaria a terapia antiretroviral?

#### DESCRIPCION MACROSCOPICA

En formalina y rotulado con el nombre del paciente se reciben por separado:

- A. Brazo derecho: Corresponde a fragmento de piel de forma cilíndrica que mide 0.3 cms de diametro.
  - B. Pierna izquierda: Corresponde a fragmento de piel de forma cilíndrica que mide 0.3 cms de diametro.
- Se procesa cada espécimen en un bloque.

#### DESCRIPCION MICROSCOPICA

A y B. En los múltiples cortes histológicos se observa hiperqueratosis ortoqueratótica en canasta. Epitelio estratificado escamoso levemente acantótico con abundantes melanocitos en la capa basal. En la dermis, la porción papilar muestra colágeno denso con abundantes melanófagos y pigmento melánico, asociado a infiltrados inflamatorios de tipo linfocitario de predominio perivascular.

#### DIAGNOSTICO

A y B. BIOPSIA, PIEL Brazo derecho y pierna izquierda:

HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA

*Liliana Eugenia Muñoz García*

FUNDACION  
CLINICA VALLE DEL LILI  
Liliana Eugenia Muñoz García  
Dermatopatología  
T 3426000

LILIANA MUÑOZ, M.D.

Informe: 16-Dic-08

Transcripción: 16-Dic-08

Entrega: 16-Dic-08



Prestación de servicios de salud en Urgencias, Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología, Cardiología no Invasiva, Terapia Respiratoria, Rehabilitación, Medicina Nuclear, Hemodinamia, Endoscopia, Trasplante de Médula Ósea, Oncología Clínica, Consulta Externa, Hospitalización, Cuidado Intensivo e Intermedio Adulto, Pediátrico y Neonatal, Radioterapia, Sala de Partos, Cirugía, Cirugía Cardiovascular, Programa de Trasplante de Órganos (Hepático, Renal, Páncreas y Corazón) en los niveles I, II, III, IV; Instituto de Investigación Clínica y docencia médico-asistencial en convenio con Universidades.



Avenida Simon Bolívar Cra. 98 No.18-49  
Commutador: 331 90 90  
Fax: 331 67 28 /  
Apartado Aéreo 020338  
Cali - Colombia  
www.valledellili.org  
www.clinicalili.org

F08-12150



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI  
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Hoja No.

373781

Perez

Dzyl

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombre

FICHA DE EVOLUCION CONSULTA EXTERNA

FECHA

CONSULTA EXTERNA

28.11.08 GP.

PAUENTE 31A

GP

WU/ : 1 me 1 tu

ONTRCO/ :

— HIV (+)

— TBC TUBERCULOSA

— TOXOPLASMA Cerebral

— DNT

— TOXICOLOGIA (X TMS - DEMONSTRACION)

EMTO :

⇒ EPRUIN? 600 : 1 TB/2A

⇒ COMBUDINA 2 TB/2A (300mg)

⇒ PIRIDOXINA 1 TB

⇒ TMS : 1 TB/2A

TBC

dece ho

ITC ± 6 mes + 100% TUBERCULOSA  
NO DEMONSTRACION.

DNT : CUIDADA 1 me 1 tu

EF

TRAZMAREN RCB  
COSTA VIRAL INDETECTABLE  
CD4/243. (25%)

NOTARIO VEINTIUNO (E)  
DEL DISTRITO DE CALI  
C.E.T. VAGO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
Santiago de Cali  
17 NOV 2017  
NOTARIO ENCARGADO

MD/ : DISTRITO O DISTRACION MUNICIPAL  
EN PLANEO 134 (CALI) CORP. MOSQUERO  
Reinstalado (+)

NO PREP MORA (DEJEN UNICA VOLUNTARIA)

FECHA

TV

Cenozo Ancestral Normal  
En Cerrón Exotica  
UTEROS DIFERIL EVOLUCION TERNOS  
MORFOL -  
NO HAYAN DIFERENCIAS PALCABLE

Mulga: Incertez con los TERNOS  
No Develo lo el flaco 139  
el TERNOS NO ESTO GUESTO TERNOS

Como TERNOS TERNOS TERNOS  
POTESTAD INCERTIA.

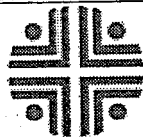
FUTURO ECO Y TERNOS TERNOS  
VOLUMEN Y NO TERNOS - INCERTIA

FUNDACION  
VALLE DEL CAJON  
JUAN PABLO BENAVIDES CALACHE  
"NECOLOGIA Y ORNAMENTICA"

DIR 10/08 Dermatología  
PROCEDIMIENTO

Asesina con TERNOS, se CUBO CUBO  
Quemado, se TERNOS TERNOS de piel  
en BUNTO OCHO Y TERNOS TERNOS  
CUBO Y TERNOS  
CUBO CUBO TERNOS

FUNDACION  
VALLE DEL CAJON  
ANDRES VIDAL CALACHE  
DERMATOLOGO  
CERTIFICADO  
NOTARIO VEINTIUNO (E)  
DEL CIRCULO DE CALI  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION  
Santiago de Cali.  
NOTARIO ENCARGADO  
NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

00000008

7/10

## INFORME DE PATOLOGIA

PACIENTE PRETEL VICTORIA DEYLUZ

EDAD 36 años

No. DE REGISTRO F08-10632

FECHA 04-Nov-08

MEDICO Vélez Londoño Juan Diego

HC 398781

CC 35805294

### INFORMACION CLINICA

Masa supraclavicular izquierda

### DIAGNOSTICO CLINICO

Linfoma?

### DESCRIPCION MACROSCÓPICA:

En formol se recibe 1 fragmento tisular irregular de color amarillento y grisáceo que mide 1.5 x 1.2 x 0.8cm. Se secciona y procesa todo en dos canastillas.

### DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Se observa un extenso tejido fibroadiposo con amplia necrosis de tipo colicuvativo y caseoso rodeada por abundantes histiocitos espumosos y algunos granulomas epitelioides.

La coloración para BK muestra abundantes bacilos acidoalcohol resistentes. Las coloraciones de Gram y Gomori son negativas.

### DIAGNÓSTICO:

Región supraclavicular izquierda - Lesión - Biopsia

Inflamación crónica granulomatosa con necrosis caseosa  
Bacilos acidoalcohol resistentes abundantes

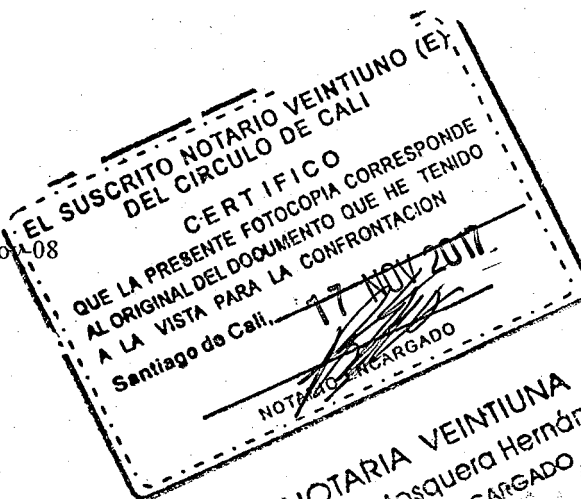
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI  
EDWIN CARRASCAL CORTEZ  
PATOLOGO  
R.M. 6671

EDWIN CARRASCAL, M.D.

Informe: 07-Nov-08

Transcripción: 07-Nov-08

Entrega: 07-Nov-08



Prestación de servicios de salud en Urgencias, Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología, Cardiología no Invasiva, Terapia Respiratoria, Rehabilitación, Medicina Nuclear, Hemodinamia, Endoscopia, Trasplante de Médula Ósea, Oncología Clínica, Consulta Externa, Hospitalización, Cuidado Intensivo e Intermedio Adulto, Pediátrico y Neonatal, Radioterapia, Sala de Partos, Cirugía, Cirugía Cardiovascular, Programa de Trasplante de Órganos (Hepático, Renal, Páncreas y Corazón) en los niveles I, II, III, IV; Instituto de Investigación Clínica y docencia médico-asistencial en convenio con Universidades.



Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No.18-49  
Commutador: 331 90 90  
Fax: 331 67 28 /  
Apartado Aéreo 020338  
Cali - Colombia  
www.valledelili.org  
www.clinicalili.org

F08-10632

FECHA	2008	XI	24
	aaaa	mm	dd

77

NOMBRE:	Jey Luz Pretel			C.C.	172.398781		
SEXO:	F	EDAD	31	Ocupación	DAN DE CASA		
REFERIDO POR:							

ENFERMEDAD ACTUAL:

Requiere, vision borrosa de 2 años de evolución en forma progresiva.

HISTORIA OCULAR	(Último examen) Dr.		Catarata		Glaucoma	
Estrabismo		Retina		Trauma		

NEG.

NEG.

CIRUGÍAS:

HISTORIA MÉDICA	Diabetes		HTA		Corazón		Artritis		Tiroides		Asma_Pulmonar	
Cálculos Renales												

- HIV (+) / 2007  
- Toxoplasmosis cerebral.

CIRUGÍAS:

Biopsia Ganglionar.

H. FAMILIAR OFTALM.	Glaucoma		D.R.		Ceguera		Otros:	NEG.
---------------------	----------	--	------	--	---------	--	--------	------

ALERGIAS	Penicilina		Sulfas		Otros:	NEG.
----------	------------	--	--------	--	--------	------

SISTÉMICA

DROGAS ACTUALES

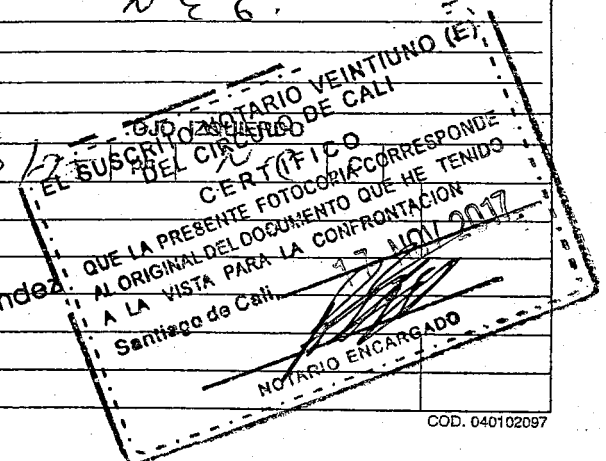
OFTÁLMICA

- Antiretrovirales.  
- TM, sulfas.

NEG.

OJO DERECHO				EXAMEN	OJO IZQUIERDO			
L	20/40	ph	NC	C	Avsc	L	20/40	C
L					Rx	L		
C					Uso	C		
					QM			
L								
C								

NOTARIA VENTURA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO



PUPILAS	AMBIENTE	D	C	M.G.	ACOMOD.
OD	3mm	1L	1H	11	
OI	3mm	1L	1H	11	

PPC:

MOE: OK

COVER SC: L  
C OIC

CC: L  
C

PÁRPADOS: OK

CONJUNTIVA: OK

CÓRNEA clara

C.A. III OK

IRIS / PUPILA

CRISTALINO claros

TONOMETRÍA OD: 13  
OI: 14  
Hora:  
Última droga:

GONIO

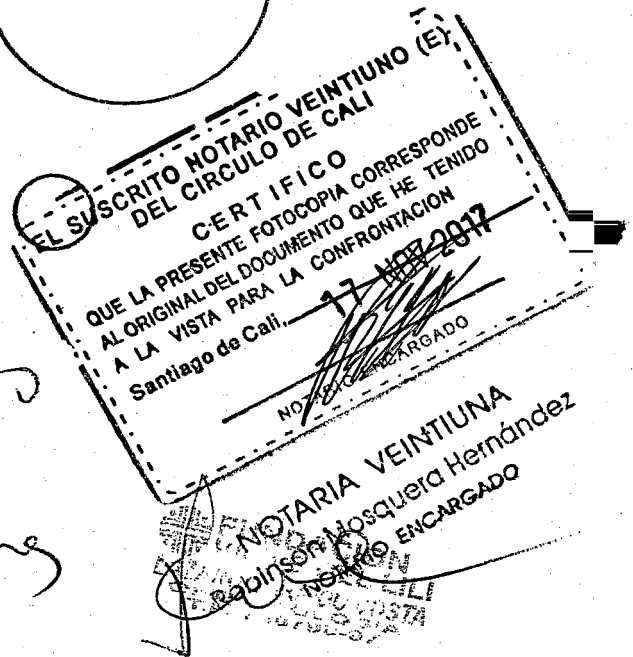
FONDO normal

N.O. OK

Exo 207. AD.

IDX: ① Defecto refractivo

TTO: Rx: - Optometría  
- Recomendación





FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

CONSULTA EXTERNA 0000011  
HISTORIA CLÍNICA PRIMERA VEZ

FECHA	2008	10	30
HORA:			
H.C. No.			

28

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	EDAD	SEXO
Piñetel	VICTORINO	DEYLUZ	31	F.

CAUSA DE CONSULTA MANCHAS OSCURAS EN LA PIEL

ENFERMEDAD ACTUAL:

± 10 días antes de presentar estas manchas oscuras  
pigmentadas, nodulares que han comprometido  
toda la superficie corporal.  
Paciente tiene Daquitos de VIH (+) desde 01/07.  
con tratamiento Zalcitabina (Zidovudine / didanosine) 2/da  
Lamivudina 2/da - Aproximadamente 2/da  
Dice que hace 1 mes actual (01/07) y antes cuando que  
según la 1a era bien

ANTECEDENTES PERSONALES

1. HIPERTENSIÓN	NO	SI	6. GINECOBISTÉTRICOS	NO	SI	11. ALERGIAS ASMA	NO	SI
2. DIABETES	NO	SI	7. QUIRÚRGICOS	NO	SI	12. TRAST. COAGULACIÓN	NO	SI
3. DISLIPIDEMIA	NO	SI	8. HEPATITIS	NO	SI	13. ENFERMEDAD MENTAL	NO	SI
4. ENFERM. CORONARIA	NO	SI	9. CÁNCER	NO	SI	14. OTROS:	NO	SI
5. ENF. VASCULAR PERIF.	NO	SI	10. TABAQUISMO / LICOR	NO	SI	15.	NO	SI

GSPRA  
VIH (+)

ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ENFERMEDAD CORONARIA	NO	SI	3. CÁNCER	NO	SI	5. HTA	NO	SI
2. DIABETES	NO	SI	4. MUERTE SUBITA (H<55/M<60)	NO	SI	6. OTROS:	NO	SI

REVISIÓN POR SISTEMAS

1. CEFALÉAS	NO	SI	5. MAREOS	NO	SI	11. MOVIMIENTO INTESTINAL	NO	SI	16. EDEMAS	NO	SI
2. AUDICIÓN	NO	SI	7. VISIÓN	NO	SI	12. SANGRADO INTESTINAL	NO	SI	17. SINGULTOS	NO	SI
3. DISFAGIA	NO	SI	8. DISFONIA	NO	SI	13. DISNEA	NO	SI	18. OTAS	NO	SI
4. PALPITACIONES	NO	SI	9. DISPEPSIA	NO	SI	14. SINTOMAS URINARIOS	NO	SI	19. OTROS	NO	SI
5. DOLOR PRECORDIAL	NO	SI	10. TIROIDES	NO	SI	15. ARTRALGIAS	NO	SI			

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNA (E)  
DEL CÍRCULO DE SANTIAGO DE CHILE  
CERTIFICO  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE  
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO  
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACIÓN  
Santiago de Chile, 17 de Mayo 2017  
NOTARIO ENCARGADO

FARMACOS QUE RECIBE:

Zalcitabina (Lopiravirina / didanosine) 2/da  
Lamivudina 2/da  
Aproximadamente 2/da

NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO

## EXAMEN FÍSICO Y PARACLÍNICO

PA:

FC:

FR:

PESO:

fotos de piel II.

Xerosis generalizada

frie en todo la superficie corporal  
signos - retorcidos completos

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Cambios pigmentarios piel 2.

CÓDIGO DX.:

Exferm VIH? O A TPO Pausológico?

OTROS DX:

Xerosis

CÓDIGO DX.:

CÓDIGO DX.:

CÓDIGO DX.:

ANÁLISIS: Explanación.

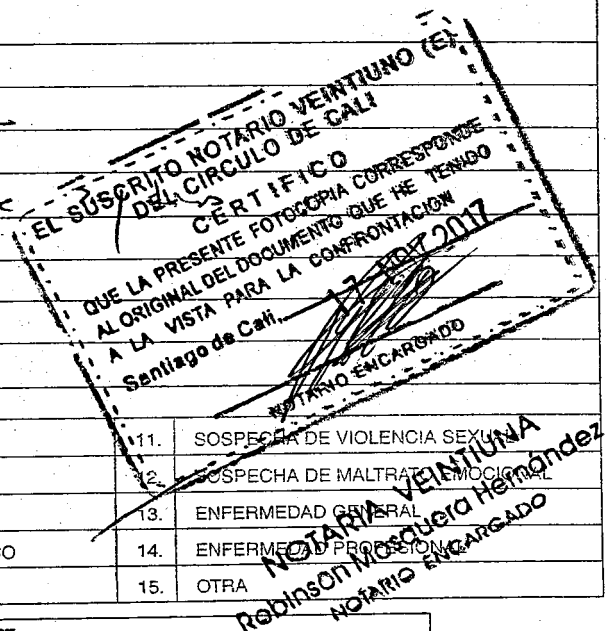
- Torno + 2 Brochas de piel
- Lipid Squat
- Unáneros Lucido en todo

PLAN:

## CAUSA EXTERNA

1.	ACCIDENTE DE TRABAJO	6.	EVENTO CATASTRÓFICO	11.	SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL
2.	ACCIDENTE DE TRÁNSITO	7.	LESIÓN POR AGRESIÓN	12.	SOSPECHA DE MALTRATO EMOCIONAL
3.	ACCIDENTE RÁBICO	8.	LESIÓN AUTO INFLIGIDA	13.	ENFERMEDAD CRÓNICA
4.	ACCIDENTE QFIDICO	9.	SOSPECHA DE MALTRATO FÍSICO	14.	ENFERMEDAD PROGRESIVA
5.	OTRO TIPO DE ACCIDENTE	10.	SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL	15.	OTRA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE





FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

excelencia en Salud al servicio de la comunidad

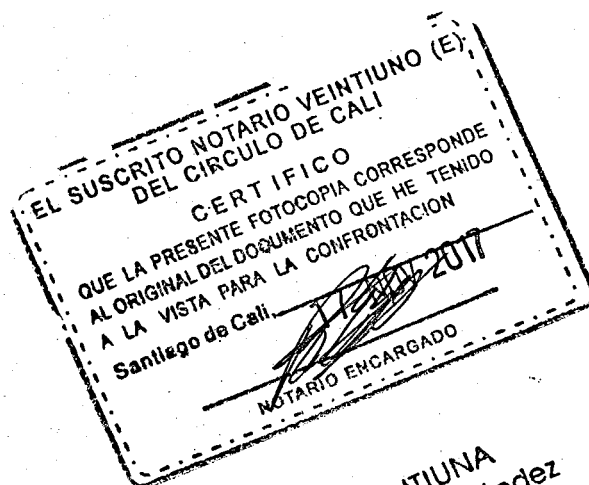
APERTURA DE HISTORIA CLINICA

318781

IDENTIFICACION DEL USUARIO

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRES COMPLETOS						
Pretel		Victoria		Deyluz						
Número de identificación del usuario		35 805 294		Cédula Ciudadanía	Cédula de Extranjería	Pasaporte	Registro Civil	Tarjeta de Identidad	Adulto sin Identificar	Menor sin Identificar
Fecha de nacimiento:		aaaa		mm		dd		Lugar de nacimiento:		
22		05		99				Palestina Choco		
Edad:		Días		Meses		Años		Sexo:		Ocupación:
								M F		amado casa
Residencia:		Dirección						Teléfono		
		Buena Ventura						4039644		
		Barrio		Municipio		Departamento				
Nombre de los Padres:		Madre				Padre				
		Graciela Victoria				Eusebio Pretel				

Julio / 2002 - 2



NOTARIA VEINTIUNA  
Robinson Mosquera Hernández  
NOTARIO ENCARGADO