76-20000

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO JURIDICO CERTIFICA

Que mediante **Resolución Nº 078 de Julio 29 de 1942,** proferida por el **MINISTERIO DE GOBIERNO**, se reconoció Personería Jurídica a la entidad sin ánimo de lucro denominada **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA con NIT No. 890.303.395-4,** con domicilio en el Municipio de Cali - Departamento Valle del Cauca, la cual se encuentra vigente.

Que mediante Decreto 276 de febrero 09 de 1988 el Gobierno Nacional facultó al ICBF, para otorgar, conceder o suspender Personerías Jurídicas y Licencias de Funcionamiento a las instituciones de utilidad común que presten el servicio de Bienestar Familiar.

Que mediante la Resolución 3899 de 2010 se establece un régimen especial para otorgar, reconocer, suspender, renovar y cancelar personerías Jurídicas y licencias de funcionamiento a las instituciones del Sistema Nacional de bienestar Familiar que presten servicios de protección integral a las instituciones de utilidad común que presten el servicio de Bienestar.

Que el (la) actual Representante Legal de la citada entidad es el (la) Señor (a) **PEDRO PABLO PEREA MAFLA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **Nº 16.642.876,** cuyo nombre se encuentra registrado dentro del expediente que lleva el Grupo Jurídico del ICBF Regional Valle del Cauca.

Que teniendo en cuenta el artículo trigésimo segundo de los Estatutos del Instituto para Niños Ciegos y sordos del Valle del Cauca, mediante acta No. 384 de fecha 24 de Abril de 2018, se nombró como Revisora Fiscal a la Contadora Pública señora MARIA LILIANA MOSQUERA SANCHEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 31.167.491 y tarjeta profesional 24494-T.

Este certificado tiene como finalidad acreditar existencia y representación legal y su vigencia es de tres (3) meses, de conformidad con el artículo 63 de la Resolución 3435 de Abril de 2016 – ICBF.

Santiago de Cali, 03 de noviembre de 2022

ESPERANZA CLAUDIA BRAVO
Coordinadora Grupo Jurídico ICBF Valle
Aprobó. Esperanza Claudia Bravo – Coordinadora Grupo Jurídico
Revisó: Esperanza Claudia Bravo – Coordinadora Grupo Jurídico
Elaboro: Andrea Rios Coral – Profesional Universitaria Grupo Jurídico

PÚBLICA

Santiago de Cali,

Señor
Juez Dieciséis Administrativo Oral del
Circuito de Cali
E. S. D.

correos electrónicos: **of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co**
adm16cali@cendoj.ramajudicial.gov.co

REF: OTORGAMIENTO DEL PODER
ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS
Demandados: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, ALCALDÍA DE CALI, COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Radicación 76001333301620220024600

PEDRO PABLO PEREA MAFLA, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.642.876 expedida en Cali, obrando en mi calidad de Representante Legal del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, identificado con NIT N° 890.303.395-4, según consta en el certificado de existencia y representación legal adjunto, manifiesto a Usted que confiero poder especial, amplio y suficiente, como Apoderado Principal al Dr. **HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN** identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura y como Apoderado Suplente al Dr. **DIEGO RICARDO GALÁN BARRERA,** identificado con la cédula de ciudadanía número 19.476.197 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 37.502 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, con el objeto que me representen en la defensa integral de mis intereses dentro del proceso de la referencia, para lo cual podrán contestar la demanda y proponer excepciones, llamar en garantía, solicitar y practicar pruebas, efectuar peticiones, solicitar nulidades, interponer recursos, alegar de conclusión y, en general, adelantar cualquier actuación procesal que tenga por objeto la defensa a cabalidad y con sujeción al debido proceso del Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca.

Los doctores **ARISTIZÁBAL MARÍN y GALÁN BARRERA** tienen todas las facultades previstas en el artículo 77 del Código General del Proceso y, con fundamento en las normas sustanciales y procesales aplicables, expresamente me permito autorizarlos para sustituir, conciliar, transigir, disponer, desistir y recibir.

Solicito a Usted reconocerles personería a mis apoderados en los términos y para los efectos del presente poder.

Del Señor Juez, respetuosamente,

PEDRO PABLO PEREA MAFLA
C. C. N° 16.642.876 de Cali
correos electrónicos: **pedro.perea@ciegosysordos.org.co**
instituto@ciegosysordos.org.co

Aceptamos el presente poder:

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 del C. S. de la J.
correo electrónico (RNA):
harold.aristizabal@conava.net

DIEGO RICARDO GALÁN BARRERA
C. C. N° 19.476.197 de Bogotá
T. P. N° 37.502 del C. S. de la J.
correo electrónico (RNA):
dirigaba@gmail.com

Santiago de Cali,

Señor
Juez Dieciséis Administrativo Oral del
Circuito de Cali
E. S. D.

correos electrónicos: **of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co**
adm16cali@cendoj.ramajudicial.gov.co

REF: OTORGAMIENTO DEL PODER
ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS
Demandados: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, ALCALDÍA DE CALI, COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Radicación 76001333301620220024600

PEDRO PABLO PEREA MAFLA, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.642.876 expedida en Cali, obrando en mi calidad de Representante Legal del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, identificado con NIT N° 890.303.395-4, según consta en el certificado de existencia y representación legal adjunto, manifiesto a Usted que confiero poder especial, amplio y suficiente, como Apoderado Principal al Dr. **HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN** identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura y como Apoderado Suplente al Dr. **DIEGO RICARDO GALÁN BARRERA,** identificado con la cédula de ciudadanía número 19.476.197 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 37.502 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, con el objeto que me representen en la defensa integral de mis intereses dentro del proceso de la referencia, para lo cual podrán contestar la demanda y proponer excepciones, llamar en garantía, solicitar y practicar pruebas, efectuar peticiones, solicitar nulidades, interponer recursos, alegar de conclusión y, en general, adelantar cualquier actuación procesal que tenga por objeto la defensa a cabalidad y con sujeción al debido proceso del Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca.

Los doctores **ARISTIZÁBAL MARÍN y GALÁN BARRERA** tienen todas las facultades previstas en el artículo 77 del Código General del Proceso y, con fundamento en las normas sustanciales y procesales aplicables, expresamente me permito autorizarlos para sustituir, conciliar, transigir, disponer, desistir y recibir.

Solicito a Usted reconocerles personería a mis apoderados en los términos y para los efectos del presente poder.

Del Señor Juez, respetuosamente,

PEDRO PABLO PEREA MAFLA
C. C. N° 16.642.876 de Cali
correos electrónicos: **pedro.perea@ciegosysordos.org.co**
instituto@ciegosysordos.org.co

Aceptamos el presente poder:

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 del C. S. de la J.
correo electrónico (RNA):
harold.aristizabal@conava.net

DIEGO RICARDO GALÁN BARRERA
C. C. N° 19.476.197 de Bogotá
T. P. N° 37.502 del C. S. de la J.
correo electrónico (RNA):
dirigaba@gmail.com

76-20000

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO JURIDICO CERTIFICA

Que mediante **Resolución Nº 078 de Julio 29 de 1942,** proferida por el **MINISTERIO DE GOBIERNO**, se reconoció Personería Jurídica a la entidad sin ánimo de lucro denominada **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA con NIT No. 890.303.395-4,** con domicilio en el Municipio de Cali - Departamento Valle del Cauca, la cual se encuentra vigente.

Que mediante Decreto 276 de febrero 09 de 1988 el Gobierno Nacional facultó al ICBF, para otorgar, conceder o suspender Personerías Jurídicas y Licencias de Funcionamiento a las instituciones de utilidad común que presten el servicio de Bienestar Familiar.

Que mediante la Resolución 3899 de 2010 se establece un régimen especial para otorgar, reconocer, suspender, renovar y cancelar personerías Jurídicas y licencias de funcionamiento a las instituciones del Sistema Nacional de bienestar Familiar que presten servicios de protección integral a las instituciones de utilidad común que presten el servicio de Bienestar.

Que el (la) actual Representante Legal de la citada entidad es el (la) Señor (a) **PEDRO PABLO PEREA MAFLA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **Nº 16.642.876,** cuyo nombre se encuentra registrado dentro del expediente que lleva el Grupo Jurídico del ICBF Regional Valle del Cauca.

Que teniendo en cuenta el artículo trigésimo segundo de los Estatutos del Instituto para Niños Ciegos y sordos del Valle del Cauca, mediante acta No. 384 de fecha 24 de Abril de 2018, se nombró como Revisora Fiscal a la Contadora Pública señora MARIA LILIANA MOSQUERA SANCHEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 31.167.491 y tarjeta profesional 24494-T.

Este certificado tiene como finalidad acreditar existencia y representación legal y su vigencia es de tres (3) meses, de conformidad con el artículo 63 de la Resolución 3435 de Abril de 2016 – ICBF.

Santiago de Cali, 03 de noviembre de 2022

ESPERANZA CLAUDIA BRAVO
Coordinadora Grupo Jurídico ICBF Valle
Aprobó. Esperanza Claudia Bravo – Coordinadora Grupo Jurídico
Revisó: Esperanza Claudia Bravo – Coordinadora Grupo Jurídico
Elaboro: Andrea Rios Coral – Profesional Universitaria Grupo Jurídico

PÚBLICA

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 9 de diciembre de 2022 Hora: 09:47:57
Recibo No. AB22724420
Valor: $ 3,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22724420B1977

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

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

NOMBRE, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA

Nombre:	SEGUROS DEL ESTADO S.A. SUCURSAL BOGOTA
Matrícula No.	00677665
Fecha de matrícula:	15 de enero de 1996
Último año renovado:	2022
Fecha de renovación:	29 de marzo de 2022
Activos Vinculados:	$ 16.701.209.802

UBICACIÓN

Dirección Comercial:	Cr 13 No. 96 - 74
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico:	wilson.rincon@segurosdelestado.com
Teléfono comercial 1:	2180903
Teléfono comercial 2:	2180913
Teléfono comercial 3:	3102115049

Dirección para notificación judicial:	Calle 83 # 19 -10
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación:	juridico@segurosdelestado.com

PROPIETARIO - CASA PRINCIPAL

Nombre Sociedad (Casa Principal):	SEGUROS DEL ESTADO S A
NIT:	8600095786
Domicilio Casa Principal:	Bogotá D.C.
Dirección:	Calle 83 # 19 - 10
Teléfono:	6016917963

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Mediante Oficio No. 306 el 16 de junio de 2022 proferido por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Cali (valle del cauca), inscrito el 8 de Julio de 2022 bajo el No. 00198258 del libro VIII, se decretó la inscripción de la demanda en el establecimiento de comercio de la

Signature Not Verified
Constanza del Pilar Puentes Trujillo

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 9 de diciembre de 2022 Hora: 09:47:57
Recibo No. AB22724420
Valor: $ 3,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22724420B1977

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

---

referencia, dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 760013103005-2020-00059-00 de Julio Hernando rivera Onofre C.C 11.306.547, Luz Dary Orozco Márquez C.C 25.119.982, Julio Hernando Rivera C.C 1.144.054.677, Marisl Rivera Orozco C.C 1.144.054.680 contra Hernán Holguín Echavarría C.C 16.711.510. Ledy Elena Mesa Vidadl C.C 66.884.493, TAXIS Y AUTOS CALI SAS. Nit 805.013.516 5, ASEGURADORA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Nit. 860.524.654-6 y SEGUROS DEL ESTADO SA. Nit. 860.009.578-6.

NOMBRAMIENTO(S)

Por Acta No. 0000525 del 6 de diciembre de 1995, de Junta de Socios, inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de enero de 1996 con el No. 00068702 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente De La Sucursal	Wilson Antonio Rincon Chinchilla	C.C. No. 000000088135580

FACULTADES Y LIMITACIONES

CERTIFICA:

Que por Documento Privado del 27 de junio de 2005, inscrito el 28 de junio de 2005 bajo el No. 9794 del libro V, Jorge Mora Sanchez identificado con Cédula de Ciudadanía No. 2.924.123 de Bogotá en su calidad de presidente de la sociedad de la referencia, por medio del presente documento, confiere poder especial amplio y suficiente al señor Wilson Rincon Chinchilla, mayor de edad, vecino, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con la Cédula de ciudadanía No. 88.135.580 de Ocaña (Norte de Santander), para que en su calidad de gerente en ejercicio de la Sucursal Bogotá de la aseguradora que represento, expida, otorgue y suscriba en nombre de SEGUROS DEL ESTADO S.A ., las pólizas de seguro de cumplimiento, denominadas de disposiciones legales, ante las respectivas entidades estatales en donde han de presentarse y entregarse, con un límite máximo de valor asegurado de mil quinientos (1. 500) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes. El apoderado se encuentra facultado para suscribir las mencionadas pólizas, al igual que los certificados de modificación o anexos que se expidan con fundamento

---

en ellas, en la jurisdicción de esa Cámara de Comercio y para presentarlas ante la entidad estatal que figure como asegurada y beneficiaria de las mismas.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS CASA PRINCIPAL

Por E.P. No. 2142, Notaría 4 de Bogotá del 7 de mayo de 1973, inscrita el 6 de octubre de 1989 bajo el número 276.966 del libro IX, la sociedad cambió su nombre de COMPAÑÍAS ALIADAS DE SEGUROS por el de SEGUROS DEL ESTADO S.A. Y traslada su domicilio de la ciudad de Bogotá a la ciudad de Popayán.

Por E.P. No. 3507, Notaría 32 de Bogotá del 13 de septiembre de 1989, inscrita el 6 de octubre de 1989 bajo el número 276980 del libro IX, la sociedad trasladó su domicilio de la ciudad de Popayán a la de Bogotá D.C.

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
4395	17-VIII-1.956	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.962
2008	17---IV-1.957	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.963
6565	4---XI--1.958	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.964
1765	7----V--1.966	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.965
2142	7----V--1.973	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.966
2590	29---IV-1.974	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.967
417	6---IV--1.976	1A. POPAYAN	6-X-1.989 - 276.968
4170	18-VIII-1.976	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.969
4964	21---IX-1.976	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.970
4287	23-VIII-1.976	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.971
3294	7---VII-1.977	4A. BTA	6-X-1.989 - 276.972
1202	7---X---1.981	30 BTA	6-X-1.989 - 276.973
694	14---V--1.982	32 BTA	6-X-1.989 - 276.974
1482	29---V--1.984	32 BTA	6-X-1.989 - 276.975
2348	5-VIII--1.987	32 BTA	6-X-1.989 - 276.976
9145	29-XII--1.987	9A. BTA	6-X-1.989 - 276.977

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 9 de diciembre de 2022 Hora: 09:47:57
Recibo No. AB22724420
Valor: $ 3,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22724420B1977

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

4291	20---VI-1.988	9A. BTA	6-X-1.989 - 276.978
2767	26-VII--1.989	32 BTA	6-X-1.989 - 276.979
3507	13---IX-1.989	32 BTA	6-X-1.989 - 276.980
2636	18-IX---1.990	10 BTA	26-IX-1.990 - 305.870
2637	18-IX---1.990	10 BTA	26-IX-1.990 - 305.871
1972	28-VI---1.991	10 BTA	9-VII-1.991 - 332.013
3766	26-XI---1.991	10 BTA	6-XII-1.991 - 348.269
2999	25-IX---1.992	10 BTA	30-IX-1.992 - 380.515
1063	20-IV---1.994	10 STAFE BTA	29-IV-1.994 - 445.971
437	28-II---1.995	10 STAFE BTA	9-III-1.995 - 484.268

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
Doc. Priv. del 29 de agosto de 2001 de la Revisor Fiscal	00792270 del 3 de septiembre de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0002738 del 26 de noviembre de 2002 de la Notaría 41 de Bogotá D.C.	00855766 del 5 de diciembre de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0000637 del 20 de marzo de 2003 de la Notaría 41 de Bogotá D.C.	00873258 del 1 de abril de 2003 del Libro IX
Cert. Cap. No. 0000001 del 14 de junio de 2005 de la Revisor Fiscal	01001371 del 15 de julio de 2005 del Libro IX
Cert. Cap. No. 0000001 del 1 de junio de 2006 de la Revisor Fiscal	01061021 del 12 de junio de 2006 del Libro IX
E. P. No. 0001561 del 7 de abril de 2008 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	01204656 del 10 de abril de 2008 del Libro IX
E. P. No. 5324 del 21 de octubre de 2009 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	01338382 del 4 de noviembre de 2009 del Libro IX
E. P. No. 1530 del 6 de abril de 2011 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	01469294 del 11 de abril de 2011 del Libro IX
E. P. No. 2520 del 14 de abril de 2014 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	01833830 del 12 de mayo de 2014 del Libro IX
E. P. No. 4934 del 11 de septiembre de 2015 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	02019686 del 16 de septiembre de 2015 del Libro IX

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 9 de diciembre de 2022 Hora: 09:47:57
Recibo No. AB22724420
Valor: $ 3,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22724420B1977

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

E. P. No. 1979 del 20 de abril de 2017 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	02219250 del 26 de abril de 2017 del Libro IX
E. P. No. 1632 del 3 de julio de 2020 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	02585527 del 9 de julio de 2020 del Libro IX

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LA PERSONA JURÍDICA PROPIETARIA DE LA SUCURSAL, DEBERÁ SOLICITAR EL RESPECTIVO CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

La información anterior ha sido tomada directamente del formulario de matrícula diligenciado por el comerciante.

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

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 9 de diciembre de 2022 Hora: 09:47:57
Recibo No. AB22724420
Valor: $ 3,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22724420B1977

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

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

****

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

****

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

****

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



CONSTANZA PUENTES TRUJILLO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	42

TOMADOR **INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** NIT **890.303.395-4**

DIRECCION **CR 38 NO 5 B 1-45** CIUDAD **CALI, VALLE** TELEFONO **5579297**

ASEGURADO **INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** NIT **890.303.395-4**

DIRECCION **CRA 38 NO 5 B 1 45** CIUDAD **CALI, VALLE** TELEFONO **5140233**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
04 / 12 / 2018	17 / 12 / 2018	17 / 12 / 2019	17 / 12 / 2018	17 / 12 / 2019

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CALISEGUROS LTDA ASESORES EN SEGURO	988113	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 2,500,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	$ 2,500,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 12.50 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,500,000,000.00	PRIMA:	$ *******188,352,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********35,786,880.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *******224,138,880.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA NINGUNA, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11011631400144(3900)000224138880(96)20190131

REFERENCIA PAGO: 1101163140014-4

45-03-101003393

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

CIROLASSO

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

1

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA • NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO • RESPONSABLE I.V.A. REGIMEN COMUN

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	42

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

.

.

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE RENUEVA LA POLIZA PARA LA VIGENCIA ARRIBA CITADA

.

OMADOR: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA NIT.890.303.395-4
ASEGURADO: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA NIT.890.303.395-4
BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO

.

UBICACION RIESGO PRINCIPAL: CARRERA 38 No. 5 B 1 - 45 SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA

.

TIPO DE INSTITUCION: HOSPITAL

.

NIVEL DE ATENCION: NIVEL II

.

VALOR ASEGURADO:....$2.500.000.000= EN EL AGREGADO ANUAL

.

VIGENCIA: DESDE EL DIA 17 DE DICIEMBRE DE 2018 HASTA EL DIA 17 DE DICIEMBRE DE 2019

.

BASE DE COBERTURA:
==========
OCURRENCIA - Siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion : de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

.

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA
==========
ESPECIALIDAD
==========

.

- ANESTESIOLOGIA 14
- INSTRUMENTADOR QUIRURGICO 10
- OPTOMETRA 15
- OFTALMOLOGIA 2
- AUXILIAR DE ENFERMERIA 43
- FONOAUDIOLOGIA 6
- PSICOLOGIA 11
- AUDIOLOGIA 16
- OFTALMOLOGIA 46
- OTORRINOLARINGOLOGIA 25
- MEDICINA OCUPACIONAL 10
- ENFERMERA JEFE/PROFESIONAL 1
- MEDICINA GENERAL 6

.

TOTAL PROFESIONALES ASEGURADOS:...205 PROFESIONALES

COBERTURAS:
==========
1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

A consecuencia de actos erroneos, negligencia, impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal que este vinculado bajo relacion laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, siempre y cuando figuren dentro de la relacion de profesionales y/o auxiliares de la salud asegurados bajo esta poliza y por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

Paragrafo: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extrapatrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA:s Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	42

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:s
SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este, esten registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestacion del servicio.
No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo ii de este condicionado.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUDs
SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutica, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

A consecuencia del uso de sus predios, labores y operaciones por:

A. La propiedad, uso o posesion de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la caratula de la poliza.

B. Las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la caratula de la poliza.

C. La responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados. Para tal fin la cobertura descrita en este numeral, operara en exceso de las polizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, que en todo caso su valor asegurado no podra ser inferior a $50,000,000.

Este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPSS con las que tenga convenio el asegurado.

La cobertura otorgada para el personal administrativo (incluidos profesionales de la salud que trabajen en el area administrativa) se encuentra dentro del amparo de RCE de esta poliza, por ende la cobertura profesional no se extiende a los mismos.

2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

Los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza y causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares de la presente poliza.

SEGURESTADO reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible en la caratula de la misma.

En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.

LIMITES Y
SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA	SUBLIME Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo
AMPARO BASICO - SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS - USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD - RESPONSABILIDA CIVIL EXTRACONTRACTUAL	100% EVENTO/VIGENCIA
- GASTOS DE DEFENSA	10% POR EVENTO Y 20% VIGENCIA DEL LIMITE ASEGURADO
- USO DE EQUIPOS GENERADORES DE RAYOS LASER	$300.000.000 EVENTO / VIGENCIA $700.000.000

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	42

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

- RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS(Homo u Hongos o sus esporas, bacterias, algas micotoxinas y cualquier otro producto metabolico, enzimas o proteinas segregadas por las anteriores, bien sea toxicas o no.)..... $100.000.000 EVENTO / VIGENCIA $200.000.000

.

DEDUCIBLES:
==========
GASTOS DE DEFENSA : Sin Deducible
DEMAS AMPAROS : 12.5% de la perdida - minimo $5.000.000

EXCLUSIONES:
==========
Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por :

1. Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

2. Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.

3. Reclamaciones contra el asegurado por la prestacion de servicios por personal de la salud, que no tenga una relacion contractual con el asegurado.

4. Perjuicios causados por la prestacion de servicios por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.

5. Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal de la salud bajo la influencia de sustancias alcoholicas, toxicas o narcoticas.

6. Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

7. Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

8. Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos de tipo estetico o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

9. Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.

10. Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.
Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I- Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico. II- Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.
III- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

11. Responsabilidad civil profesional por emision de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente en actividades de la salud.

12. Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

13. Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez o sanciones de caracter administrativo.

14. Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza. Esta exclusion no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

15. Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	42

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

16. Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de salud acreditados para este fin.

17. Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

18. Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente. Salvo lo señalado en el articulo 7 de la ley 23 de 1981 y las que la modifiquen, que dice: cuando no se trate de casos de urgencia, el medico podra excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacion de sus servicios, en razon de los siguientes motivos:

A. Que el caso no corresponda a su especialidad?
B. Que el paciente reciba la atencion de otro profesional que excluya la suya? C. Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas. Caso en el cual SEGURESTADO, sin que se entienda como aceptacion de responsabilidad y cobertura por el amparo basico, respaldara al asegurado unicamente en la extension de cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

19. Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos.

20. Violacion del secreto profesional.

21. Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22. Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

23. Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

24. Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

25. La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado y/o profesionales y/o auxiliares de la salud al servicio del asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.

26. Actos medicos indirectos, y de los nominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, etc.

27. Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

28. Filtraciones contaminantes, residuos patologicos, asi como los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

29. Responsabilidad derivada del transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.

30. Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD).

31. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.

32. Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

33. Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.

34. Responsabilidad civil de directores y administradores.

35. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	42

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

I- Guerra, invasion, actos de enemigo extranjero, hostilidades, acciones y operaciones belicas (con o sin declaracion o estado de guerra), guerra civil, huelga, paros patronales, motin, conmocion civil o alborotos populares que revelen el caracter de o como consecuencia de asonada, sublevacion militar, insurreccion, rebelion, revolucion, conspiracion, actos mal intencionados de terceros y otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del pais, aunque no sean a mano armada, poder militar o usurpado. Confiscacion, requisa, nacionalizacion o detencion por cualquier poder civil o militar legitimo o usurpado, destruccion daños a los bienes por orden de cualquier gobierno de jure o de facto o de cualquier autoridad nacional, estatal o municipal o actividades por orden de cualquier individuo o personas que actuando en nombre propio o en conexion con cualquier grupo u organizacion cuyo objeto sea el derrocamiento del gobierno de jure o de facto o presion sobre el gobierno por terrorismo u otros medios violentos.

II- Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objeto establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, sean declarados o no.

36. Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

37. Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:

I- La accion de energia atomica
II- Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.
III- La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

38. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del personal al servicio del asegurado en su caracter de funcionarios o servidores publicos segun lo define la ley correspondiente.

39. Responsabilidad civil profesional derivada de actividades administrativas.

40. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.

41. El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

42. Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

43. La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.

44. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego.

45. Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.

46. Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). Asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.

47. Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

48. Responsabilidad civil profesional individual del personal al servicio del asegurado.

49. Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico.

50. Se excluye cualquier reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo a las recomendaciones del fabricante del equipo.

51. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.

GARANTIAS
==========
1. Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realizacion de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	42

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.

3. Todo y cada procedimiento debera contar con el consentimiento informado, la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.
b) El Medico tratante y
c) La Enfermera asistente o un testigo.

4. El Asegurado garantiza mantener la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada.
.
HACE PARTE INTEGRAL LAS CONDICIONES GENERALES MODALIDAD OCURRENCIA FORMA 06/07/2018 - 1329 - P - 06 - ERC004A

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	52

TOMADOR: INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA — NIT: 890.303.395-4

DIRECCION: CR 38 NO 5 B 1-45 — CIUDAD: CALI, VALLE — TELEFONO: 5579297

ASEGURADO: INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA — NIT: 890.303.395-4

DIRECCION: CRA 38 NO 5 B 1 45 — CIUDAD: CALI, VALLE — TELEFONO: 5140233

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — NIT: 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
06 / 12 / 2019	17 / 12 / 2019	17 / 12 / 2020	17 / 12 / 2019	17 / 12 / 2020

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CALISEGUROS LTDA ASESORES EN SEGURO	988113	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 2,500,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	$ 2,500,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 12.50 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA	$ *****2,500,000,000.00	PRIMA	$ *******188,352,000.00
PLAN DE PAGO	CONTADO	IVA	$ ********35,786,880.00
		TOTAL A PAGAR	$ *******224,138,880.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACIÓN AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1101163330922 2(3900)0002241388 80(96)20200131

REFERENCIA PAGO: 1101163330922-2

SEGUROS DEL ESTADO S.A. SUCURSAL CALI

45-03-101003393

FIRMA AUTORIZADA

CIROLASSO

CLIENTE

TOMADOR

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA, EN CUMPLIMIENTO DEL ART. 616-1 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	52

TOMADOR INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA — NIT 890.303.395-4
DIRECCION CR 38 NO 5 B 1-45 — CIUDAD CALI, VALLE — TELEFONO 5579297

ASEGURADO INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA — NIT 890.303.395-4
DIRECCION CRA 38 NO 5 B 1 45 — CIUDAD CALI, VALLE — TELEFONO 5140233

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE RENUEVA LA POLIZA PARA LA VIGENCIA ARRIBA CITADA

TOMADOR: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA NIT.890.303.395-4
ASEGURADO: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA NIT.890.303.395-4
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: DESDE LAS 24:00 HORAS DEL DIA 17 DE DICIEMBRE DE 2019 HASTAS LAS 24:00 HORAS DEL DIA 17 DE DICIEMBRE DE 2020

TIPO DE INSTITUCION:IPS - CLINICA

NIVEL DE ATENCION:II

No. DE CAMAS:CERO - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

No. DE AMBULANCIAS:CERO - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD:SI - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - Para siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-D00I
No obstante lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

LIMITE ASEGURADO:.....$2.500.000.000=

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad e incluira todos los gastos de defensa (incluyendo las fianzas, cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia. La suma asegurada sera aplicable a toda y cada perdida o serie de perdidas provenientes de un solo evento o una serie de eventos, sin importar el numero de eventos o reclamantes.

RELACION DE PROFESIONALES:
==========
- ANESTESIOLOGIA 13
- MEDICINA GENERAL 03
- AUXILIAR DE ENFERMERIA 41
- ENFERMERA 1
- FONOAUDIOLOGA 30
- FISIOTERAPEUTA 1
- INSTRUMENTADOR QUIRURGICO 12
- OFTALMOLOGIA 48
- OPTOMETRA 11
- TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA 2
- OTORRINOLARINGOLOGIA 26
- PSICOLOGIA 7
- MEDICINA OCUPACIONAL 3
- TRABAJO SOCIAL 4

TOTAL PROFESIONALES DE LA SALUD 202

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION / ESPECIALIDAD	DOC. DE IDENTIDAD
1	JEANNETTE TATIANA HINESTROZA RIASCOS	ANESTESIOLOGO(A)	38641461
2	DANIEL GONZALEZ RUBIO VALLEJO	ANESTESIOLOGO(A)	8733806
3	HENRY MEDINA MUÑOZ	ANESTESIOLOGO(A)	16629803
4	ALVARO TAMAYO HURTADO	ANESTESIOLOGO(A)	16632416
5	MARIO ALONSO DELGADO VACA	ANESTESIOLOGO(A)	16640404
6	DIEGO ARCESIO CONDE GALVIS	ANESTESIOLOGO(A)	16655888
7	BLANCA NUBIA CANO ARIAS	ANESTESIOLOGO(A)	31154288
8	MARIA ALEXANDRA LOPEZ AYALA	ANESTESIOLOGO(A)	31964222
9	GLADYS ARBOLEDA CAICEDO	ANESTESIOLOGO(A)	34529380
10	CLAUDIA ISABEL ROMERO CARVAJAL	ANESTESIOLOGO(A)	52022023
11	LUIS ALBERTO TAPUR BETANCOURT	ANESTESIOLOGO(A)	94297869
12	JOHANN SMITH CERON ARIAS	ANESTESIOLOGO(A)	94527769
13	OSCAR EDUARDO JARAMILLO SEJNAUI	ANESTESIOLOGO(A)	1130611432
14	GARCES FRANKY FERNANDO ANTONIO	AUDITOR(A) MEDICO(A)	16662219
15	AGUILAR GOMEZ HEIDY	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	1130646266
16	BALANTA COLORADO MAURICIO	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	94427780
17	BEJARANO BOCANEGRA MARIA FERNANDA	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	31869713

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	52

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

18 CARABALI GONZALEZ CLARIVEL AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION 31321262
19 MARIN TORRES EDWARD ALBERTO AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION 1107077211
20 MAYA BARRERA DIANA CAROLINA AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION 1001283014
21 RESTREPO PARRA LADY JOANA AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION 1113655209
22 RUIZ ESTERILLA DANIELA AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION 1143871956
23 VELASCO CAMAYO ANA BERNARDA AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION 48600925
24 VERA CATHERINE DEL CARMEN AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION 59687378
25 CORTAZAR VIVAS VERONICA AUXILIAR CONSULTORIOS CLINICA 1143931436
26 LLANTEN LLANTEN KAREN VIVIANA AUXILIAR CONSULTORIOS CLINICA 25397023
27 TUQUERREZ ASTAIZA DIANA CRISTINA AUXILIAR CONSULTORIOS CLINICA 1130622341
28 DELGADO GARCES SARA ROCIO AUXILIAR DE AYUDAS DIAGNOSTICAS 66854320
29 ESCOBAR HERNANDEZ MARIA ELENA AUXILIAR DE AYUDAS DIAGNOSTICAS 31869185
30 FISCAL SILVA CLAUDIA LORENA AUXILIAR DE AYUDAS DIAGNOSTICAS 1130614114
31 ZAPATA PRADO LESLIE MARCELA AUXILIAR DE AYUDAS DIAGNOSTICAS 1144031712
32 FLOREZ CARRILLO TATIANA AUXILIAR DE ENFERMERIA 1144039204
33 ARCILA HENAO SANDRA MILENA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 25235395
34 CASTRO LOPEZ JUAN DANIEL AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 1144083062
35 CHARA SANCHEZ MARIA SUGEY AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 34372106
36 CORREA MARIN JESSICA CAROLINA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 1144194367
37 ERAZO NARVAEZ RODOLFO ANDRES AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 1112474793
38 HERNANDEZ CABRERA SHIRLEY MASSIEL AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 67023469
39 LEON GALLON ANA MILENA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 31309684
40 LUGO UNI ANDRES FELIPE AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 1130587668
41 MARMOLEJO CARDONA DANIELA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 1144134184
42 MINA GRUESO MARISELA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 34679592
43 PERALTA ESCOBAR SANDRA MILENA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 38556810
44 TORRES CABEZA SANDRA MILENA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 66679476
45 OBREGON ARROYO YISELL ALEJANDRA MAR AUXILIAR DE LASSER 1144137853
46 OCHOA MARMOLEJO EUCARIS LILIANA AUXILIAR DE LASSER 1143830292
47 HURTADO SINISTERRA ANGIE LORENA AUXILIAR OPTICA BTURA 1111797919
48 GANAN ESPINOSA MARGOT AUXILIAR OPTICA CALI 42091422
49 MARMOLEJO CARDONA DANNY LUZ AUXILIAR OPTICA CALI 29125983
50 ORTIZ HOYOS FRANCIA ELENA AUXILIAR OPTICA CALI 31972759
51 BANGUERA CARDENAS DANIELA AUXILIAR PROGRAMACION CIRUGIA CALI 1143964142
52 ESCOBAR AMAYA CLARA ISABEL AUXILIAR PROGRAMACION CIRUGIA CALI 31847951
53 LADINO BARRERA ALEXANDRA AUXILIAR PROGRAMACION CIRUGIA CALI 1144047376
54 OSPINA GALARZA LUISA FERNANDA AUXILIAR PROGRAMACION CIRUGIA CALI 1130658245
55 RIOS SANCHEZ LUZ MARINA AUXILIAR PROGRAMACION CIRUGIA CALI 38610951
56 PEREA MAFFLA PEDRO PABLO DIRECTOR(A) GENERAL 16642876
57 RIASCOS GONZALEZ ANGELICA MARIA ENFERMERA JEFE BUENAVENTURA 1144030493
58 GONZALEZ CARVAJAL ROSA IRENE FONOAUDIOLOGO(A) 30316137
59 MARTHA TRIANA GALEANO FONOAUDIOLOGO(A) 41623152
60 VANESSA GIRALDO LEON FONOAUDIOLOGO(A) 1136059493
61 ANDREA LINARES FORERO FONOAUDIOLOGO(A) 31446096
62 MARIA JIMENA SILVA ROMAN FONOAUDIOLOGO(A) 30744309
63 MARGARITA MARIA JALIL MONTOYA FONOAUDIOLOGO(A) 67016934
64 MONICA HOYOS CARDENAS FONOAUDIOLOGO(A) 66980665
65 MARTHA CLARA GOMEZ VELASQUEZ FONOAUDIOLOGO(A) 31854194
66 SANDRA MILENA PRIMERO AVENDAÑO FONOAUDIOLOGO(A) 66680266
67 PATRICIA BRITTO MONROY FONOAUDIOLOGO(A) 31914037
68 VICKY MARUJA LAINO CASTAÑO FONOAUDIOLOGO(A) 57449607
69 SUSANA ANDREA ZAMBRANO JURADO FONOAUDIOLOGO(A) 59835969
70 MARILU BARBA HO FONOAUDIOLOGO(A) 31852811
71 DENISS RESTREPO DOMINGUEZ FONOAUDIOLOGO(A) 66829929
72 JULIANA MARIA DE LA CRUZ CARMONA FONOAUDIOLOGO(A) 1094897372
73 JULY MARCELA GARCIA ARANGO FONOAUDIOLOGO(A) 1130596807
74 SANDRA MILENA TAMAYO GIL FONOAUDIOLOGO(A) 67012671
75 PAULA ALEJANDRA ARANGO PACHON FONOAUDIOLOGO(A) 24346310
76 LUZ DALIA ARIZA FONOAUDIOLOGO(A) 111111
77 JENNY LORENA SUAREZ DE LA TORRE FONOAUDIOLOGO(A) 1130626704
78 CONSTANZA JIMENA ANDRADE ARANGO FONOAUDIOLOGO(A) 1118287993
79 MARTHA LUCIA LOPEZ TENORIO FONOAUDIOLOGO(A) 66713770
80 JOHANA ASTRID CAMPOS BONILLA FONOAUDIOLOGO(A) 39686850
81 JUAN MANUEL ARIAS SANCHEZ FONOAUDIOLOGO(A) 1061693945
82 ERIKA RIVERA MARMOLEJO FONOAUDIOLOGO(A) 66946260
83 GIRALDO LOPEZ CLAUDIA PATRICIA FONOAUDIOLOGO(A) COORDINADOR(A) 30290678
84 MONTOYA RESTREPO GLORIA ESTELLA FONOAUDIOLOGO(A) COORDINADOR(A) 34599019
85 PORTILLA CORDOBA ANITA YOLANDA FONOAUDIOLOGO(A) COORDINADOR(A) 30736676
86 QUINTANA RIASCOS ROSA ANDREA FONOAUDIOLOGO(A) COORDINADOR(A) 29109581

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	52

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

87 USECHE GOMEZ MARTHA CECILIA FONOAUDIOLOGO(A) COORDINADOR(A) IMPL 31277985
88 LINA MARCELA ZAPATA RIASCOS FISIOTERAPEUTA 1130658074
89 VIVIANA GALAN CAMARGO INSTRUMENTADOR QX 63503096
90 BREGGET MARITZA DAVILA GOMEZ INSTRUMENTADOR QX 63507831
91 MARY CRUZ SOLIS CAICEDO INSTRUMENTADOR QX 31376875
92 MARIA VICTORIA MORENO CAMACHO INSTRUMENTADOR QX 26255054
93 PAULINY XIMENA AYALA RAMIREZ INSTRUMENTADOR QX 38603367
94 ANGELICA MARIA PIAMBA INSTRUMENTADOR QX 29508124
95 DANIELA GARCIA GONZALEZ INSTRUMENTADOR QX 1088268235
96 JORGE ELIECER ARCE BUENO INSTRUMENTADOR QX 13196673
97 ANA MARIA CUELLO MONSALVE INSTRUMENTADOR QX 67000351
98 CAMPO CAMACHO ELIENE BERNEY INSTRUMENTADORA 67012602
99 DAVILA GOMEZ BREEGETT MARITZA INSTRUMENTADORA 63507831
100 MORALES C ANGELA PATRICIA INSTRUMENTADORA 42107105
101 GARCIA MONCADA MARIA ALEJANDRA MEDICO(A) GENERAL 1144070336
102 TULIO CESAR LERMA BONILLA OFTALMOLOGO(A) 16472177
103 MARCELA CAICEDO ROA OFTALMOLOGO(A) 66980745
104 CATALINA SAAVEDRA VARGAS OFTALMOLOGO(A) 1107048659
105 MARCO EMILIO MARTINEZ ROJAS OFTALMOLOGO(A) 6318798
106 DIEGO MORENO GONZALEZ OFTALMOLOGO(A) 10222069
107 FELIX HERNANDO CELIS VICTORIA OFTALMOLOGO(A) 12122972
108 OMAR HUGO INSANDARA TIMANA OFTALMOLOGO(A) 12977130
109 CARLOS ORLANDO CONTRERAS AMAYA OFTALMOLOGO(A) 13251266
110 JAIRO MEDINA TOVAR OFTALMOLOGO(A) 14963956
111 LUIS GUILLERMO VELEZ ECHEVERY OFTALMOLOGO(A) 16265798
112 HERNANDO ANTONIO MUÑETON ABADIA OFTALMOLOGO(A) 16475597
113 EDGAR VICENTE SACANAMBOY MUÑOZ OFTALMOLOGO(A) 16582960
114 PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI OFTALMOLOGO(A) 16594758
115 JOSE BUSTAMANTE ARBELAEZ OFTALMOLOGO(A) 16609461
116 ANTONIO EDUARDO QUINTERO ACEVEDO OFTALMOLOGO(A) 16651789
117 OSCAR VERGARA GARCIA OFTALMOLOGO(A) 16651830
118 JORGE ENRIQUE GARCIA CAMACHO OFTALMOLOGO(A) 16660994
119 MIGUEL ANGEL LOPEZ LONDOÑO OFTALMOLOGO(A) 16668496
120 LUIS FERNANDO DUEÑAS VANNIN OFTALMOLOGO(A) 16687247
121 FRANCISCO JOSE GIRALDO CIFUENTES OFTALMOLOGO(A) 16705649
122 HAROLD ALVARADO RUIZ OFTALMOLOGO(A) 16723988
123 ANTONIO JOSE VEIRA DEL CASTILLO OFTALMOLOGO(A) 16748051
124 JUAN PABLO SINISTERRA PAVA OFTALMOLOGO(A) 16763019
125 GERSON LOPEZ MORENO OFTALMOLOGO(A) 16776528
126 JORGE LUIS GALINDO PLAZAS OFTALMOLOGO(A) 19231764
127 ANA MARIA GUZMAN ROJAS OFTALMOLOGO(A) 25285708
128 CAROLINA ALARCON ARCINIEGAS OFTALMOLOGO(A) 29109539
129 DIANA MARCELA LIBREROS ARANGO OFTALMOLOGO(A) 29179775
130 MARIA FERNANDA RIZZO BEDOYA OFTALMOLOGO(A) 29951245
131 CLARA STELLA DUARTE PATIÑO OFTALMOLOGO(A) 31920273
132 CLAUDIA ZULUAGA BOTERO OFTALMOLOGO(A) 31950837
133 MARINEY RODRIGUEZ RENGIFO OFTALMOLOGO(A) 31973620
134 MARIA CECILIA CEDEÑO PALACIOS OFTALMOLOGO(A) 38603311
135 MARIA VICTORIA MORENO LONDOÑO OFTALMOLOGO(A) 38666742
136 JACQUELINE RIOS CASTAÑEDA OFTALMOLOGO(A) 38869174
137 DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL OFTALMOLOGO(A) 52962712
138 LUISA REINA BOCANEGRA VILLA OFTALMOLOGO(A) 57305533
139 ROMELIA GAVIRIA FERNANDEZ OFTALMOLOGO(A) 66766069
140 MARIA CATALINA FERREIRA SALAZAR OFTALMOLOGO(A) 66807305
141 BEATRIZ ELVIRA ENDO ABELLA OFTALMOLOGO(A) 67027068
142 MAURICIO ARIAS JARAMILLO OFTALMOLOGO(A) 75070322
143 LAZARO GARRIDO COSTA OFTALMOLOGO(A) 77156778
144 RICARDO PINZON ORTIZ OFTALMOLOGO(A) 79882567
145 JAFETH BARRIOS RADA OFTALMOLOGO(A) 85127934
146 RAUL ADRIAN ARANGO OREJUELA OFTALMOLOGO(A) 94376972
147 JOHN TAYRON ZABALA ECHAVARRIA OFTALMOLOGO(A) 94396618
148 ALEXANDER MAXIMILIANO MARTINEZ BLANCO OFTALMOLOGO(A) 94451786
149 AMABLE JARAMILLO SUBIA OFTALMOLOGO(A) 605000847
150 PERLAZA ROJAS LEONARDO ANDRES OPTOMETRA 1088340974
151 NELSY ALVARADO CORREDOR OPTOMETRA 52086438
152 MILDRE ALVAREZ TORO OPTOMETRA 51914223
153 LUCY LORETA MURILLO VALENCIA OPTOMETRA 52718535
154 CLAUDIA LILIANA ROA ARIZA OPTOMETRA 46360177
155 CLAUDIA PATRICIA MANZANO TASCON OPTOMETRA 31498725

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	52

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

156 DIANA MARCELA MANZANO TASCON OPTOMETRA 31499323
157 DIANA PAULINA HERRERA OPTOMETRA 42018919
158 JAIME HOYOS MATTA OPTOMETRA 79295548
159 LUZ MERY RENTERIA MORENO OPTOMETRA 53120387
160 LEONARDO ANDRES PERLAZA ROJAS OPTOMETRA 1088340974
161 ANA MARIA HERNANDEZ BENAVIDEZ ORTOPEDISTA 38861167
162 JULIA GARCIA DE VILLEGAS ORTOPEDISTA 38943296
163 JAMES ALBERTO CAMAYO ARCE OTORRINOLARINGOLOGO(A) 14442260
164 TITO LIVIO DELGADO VACCA OTORRINOLARINGOLOGO(A) 14969788
165 JOSE ALFONSO MAESTRE MANJARRES OTORRINOLARINGOLOGO(A) 16581631
166 CARLOS ALBERTO GARCIA GRANOBLES OTORRINOLARINGOLOGO(A) 16608834
167 LUIS TOMAS GARCIA CAMACHO OTORRINOLARINGOLOGO(A) 16612802
168 FERNANDO EMILIO SILVA CONCHA OTORRINOLARINGOLOGO(A) 16639780
169 MAURICIO LOPEZ CARDENAS OTORRINOLARINGOLOGO(A) 16726051
170 JORGE GUILLERMO CABRERA ORTIZ OTORRINOLARINGOLOGO(A) 16727573
171 LUIS FERNANDO RINCON RENZA OTORRINOLARINGOLOGO(A) 16742606
172 MARIA DEL PILAR MARTINEZ GUTIERREZ OTORRINOLARINGOLOGO(A) 29110578
173 MARIA ALEJANDRA PULIDO MURILLO OTORRINOLARINGOLOGO(A) 29117931
174 BETSY RAYO AGUIRRE OTORRINOLARINGOLOGO(A) 31291646
175 LILIANA MARIA GERSTNER GARCES OTORRINOLARINGOLOGO(A) 31522828
176 MERCEDES ADRIANA ZAPATA MONTOYA OTORRINOLARINGOLOGO(A) 31889409
177 MARIA VICTORIA LLANOS MANZANO OTORRINOLARINGOLOGO(A) 31929821
178 CLAUDIA PATRICIA GUERRA ORTIZ OTORRINOLARINGOLOGO(A) 38792657
179 MARIA HELENA ROMERO VARGAS OTORRINOLARINGOLOGO(A) 41508640
180 PAOLA ANDREA BUITRAGO PERDOMO OTORRINOLARINGOLOGO(A) 52455280
181 JENNY CRISTINA CARREÑO ARDILA OTORRINOLARINGOLOGO(A) 52961241
182 MONICA CABRERA TELLO OTORRINOLARINGOLOGO(A) 66848439
183 MARIA DARLY SINISTERRA BENITEZ OTORRINOLARINGOLOGO(A) 66942823
184 OLGA LILIANA MONTOYA GIRALDO OTORRINOLARINGOLOGO(A) 66973454
185 WILSON ARIAS REYES OTORRINOLARINGOLOGO(A) 79287595
186 SAMUEL HERNANDO MUÑOZ GARCIA OTORRINOLARINGOLOGO(A) 94328775
187 FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ESLAIT OTORRINOLARINGOLOGO(A) 94375580
188 DAVID ANDRES PINEDA CALZADA OTORRINOLARINGOLOGO(A) 94431007
189 GALLO GONZALEZ EDGAR ANDRES PSICOLOG(O)A 14635851
190 GOMEZ SASTRE ISABEL CRISTINA PSICOLOG(O)A 1113788459
191 OSORIO MONTOYA DIANA ISABEL PSICOLOG(O)A 1144026525
192 RIVERA DE MARINO ELENA PSICOLOG(O)A 29562290
193 ROJAS BEDON YINNA DEL PILAR PSICOLOG(O)A 55177656
194 RODRIGUEZ GARCIA CLAUDIA PATRICIA PSICOLOGO(A) COORDINADOR(A) PROGRAMA 38869403
195 ISAZA ARANGO ELISA MARIA SICOLOGO(A) TALENTO HUMANO 1130619321
196 NIXON HAROLD BENITEZ MARTINEZ TERAPEUTA OCUPACIONAL 16284536
197 CARLOS ARTURO MOSQUERA GUACHETA TERAPEUTA OCUPACIONAL 11797943
198 GOMEZ MARULANDA CAROLINA TERAPEUTA OCUPACIONAL - PSICOMOTRICI 1151958856
199 BEJARANO CASTANEDA DIANA ESPERANZA TRABAJDOR(A) SOCIAL 51819917
200 BETANCUR CRUZ FRANCI NATHALIE TRABAJDOR(A) SOCIAL 1113517596
201 MORALES BORJA HILDA PATRICIA TRABAJDOR(A) SOCIAL 31885812
202 RAMIREZ QUENGUAN OLIVIA TRABAJDOR(A) SOCIAL 38560738

COBERTURAS:
1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

A consecuencia de actos erroneos, negligencia, impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal que este vinculado bajo relacion laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, siempre y cuando figuren dentro de la relacion de profesionales y/o auxiliares de la salud asegurados bajo esta poliza y por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	52

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Paragrafo: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extra patrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:
Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:
SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este, esten registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestacion del servicio.

No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutica, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
A consecuencia del uso de sus predios, labores y operaciones por:

A. La propiedad, uso o posesion de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la caratula de la poliza.
B. Las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la caratula de la poliza.
C. La responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados. Para tal fin la cobertura descrita en este numeral operara en exceso de las polizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, que en todo caso su valor asegurado no podra ser inferior a $50.000.000

Este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPSS con las que tenga convenio el asegurado.

La cobertura otorgada para el personal administrativo (incluidos profesionales de la salud que trabajen en el area administrativa) se encuentra dentro del amparo de RCE de esta poliza, por ende la cobertura profesional no se extiende a los mismos.

2.4 GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

Los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza y causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares de la presente poliza.

SEGURESTADO reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible en la caratula de la misma.

En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

LIMITES Y
SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA	SUBLIME Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo
AMPARO BASICO	
- SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS	100% EVENTO/VIGENCIA
- USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD	
- RESPONSABILIDA CIVIL EXTRACONTRACTUAL	
- GASTOS DE DEFENSA	10% POR EVENTO Y 20% VIGENCIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	52

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

	DEL LIMITE ASEGURADO
- USO DE EQUIPOS GENERADORES DE RAYOS LASER	$300.000.000 EVENTO / VIGENCIA $700.000.000
- RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS	HASTA $100.000.000 EVENTO / VIGENCIA $200.000.000

- GASTOS DE DEFENSA 10% por evento y 20% por vigencia del limite asegurado

DEDUCIBLES:
GASTOS DE DEFENSA: Sin deducible
DEMAS AMPAROS: 12.5% de la perdida - minimo $5.000.000

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.
3.Reclamaciones contra el asegurado por la prestacion de servicios por personal de la salud, que no tenga una relacion contractual con el asegurado.
4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.
5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal de la salud bajo la influencia de sustancias alcoholicas, toxicas o narcoticas.
6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos de tipo estetico o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.
9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.
10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.
Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.
II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.
III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.
11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente en actividades de la salud.
12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.
13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez o sanciones de caracter administrativo.
14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.
En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.
Esta exclusion no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.
15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.
16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de salud acreditados para este fin.
17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.
18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente. Salvo lo señalado en el articulo 7 de la ley 23 de 1981 y las que la modifiquen, que dice: cuando no se trate de casos de urgencia, el medico podra excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacion de sus servicios, en razon de los siguientes motivos:
A.Que el caso no corresponda a su especialidad?
B.Que el paciente reciba la atencion de otro profesional que excluya la suya?
C.Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas,

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	52

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Caso en el cual SEGURESTADO, sin que se entienda como aceptacion de responsabilidad y cobertura por el amparo basico, respaldara al asegurado unicamente en la extension de cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.
19.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos.
20.Violacion del secreto profesional.
21.Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.
22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.
23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.
24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.
25.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado y/o profesionales y/o auxiliares de la salud al servicio del asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.
26.Actos medicos indirectos, y de los nominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, etc.
27.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
28.Filtraciones contaminantes, residuos patologicos, asi como los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.
29.Organismos patogenicos.
30.Responsabilidad derivada del transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.
31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD).
32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.
33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.
34.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.
35.Responsabilidad civil de directores y administradores.
36.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:
I-Guerra, invasion, actos de enemigo extranjero, hostilidades, acciones y operaciones belicas (con o sin declaracion o estado de guerra), guerra civil, huelga, paros patronales, motin, conmocion civil o alborotos populares que revelen el caracter de o como consecuencia de asonada, sublevacion militar, insurreccion, rebelion, revolucion, conspiracion, actos mal intencionados de terceros y otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del pais, aunque no sean a mano armada, poder militar o usurpado. Confiscacion, requisa, nacionalizacion o detencion por cualquier poder civil o militar legitimo o usurpado, destruccion daños a los bienes por orden de cualquier gobierno de jure o de facto o de cualquier autoridad nacional, estatal o municipal o actividades por orden de cualquier individuo o personas que actuando en nombre propio o en conexion con cualquier grupo u organizacion cuyo objeto sea el derrocamiento del gobierno de jure o de facto o presion sobre el gobierno por terrorismo u otros medios violentos.
II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objeto establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, sean declarados o no.
37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.
38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:
I-La accion de energia atomica
II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.
III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.
39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del personal al servicio del asegurado en su caracter de funcionarios o servidores publicos segun lo define la ley correspondiente.
40.Responsabilidad civil profesional derivada de actividades administrativas.
41.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.
42.El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.
43.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

SEGUROS DEL ESTADO S.A
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	52

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

44.La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.
45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego
46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.
47.Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). Asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
48.Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.
49.Responsabilidad civil profesional individual del personal al servicio del asegurado.
50.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico
51.Se excluye cualquier reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo a las recomendaciones del fabricante del equipo.
52.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.

AMBITO
TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION
APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES
ADICIONALES:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.

GARANTIAS:1. Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realizacion de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.
2. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
3. Todo y cada procedimiento debera contar con el consentimiento informado, la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.
b) El (os) Medico(s) tratante(s) y
c) La Enfermera asistente o un testigo
4. El Asegurado garantiza mantener la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada.

REQUISITOS
PARA EXPEDICION
(SUBJETIVIDADES):Los terminos aqui incluidos estan sujetos a recibir la siguiente informacion y ser confirmada su aceptacion por parte de Seguros del Estado S.A antes del inicio de vigencia:
-Comunicacion aceptando terminos y condiciones.

NOTA: La suscripcion de la presente poliza (Responsabilidad Civil Profesional para entidades de la Salud) se encuentra sujeta a la suscripcion de la poliza Todo Riesgo Daño Material de la Institucion asegurada.

GERENCIA DE SEGUROS GENERALES
SEGUROS DEL ESTADO S.A

CIROLASSO

PUNICA 01
RAMIREZ Impresores S.A.S PBX: 3110255 Nit. 860.350.626-1

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR: INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA — NIT: 890.303.395-4

DIRECCION: CR 38 NO 5 B 1-45 — CIUDAD: CALI, VALLE — TELEFONO: 5579297

ASEGURADO: INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA — NIT: 890.303.395-4

DIRECCION: CRA 38 NO 5 B 1 45 — CIUDAD: CALI, VALLE — TELEFONO: 5140233

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — NIT: 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
16 / 12 / 2020	17 / 12 / 2020	17 / 12 / 2021	17 / 12 / 2020	17 / 12 / 2021

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CALISEGUROS LTDA ASESORES EN SEGURO	988113	100.00

COASEGURO CEDIDO

COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 2,500,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	$ 2,500,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 12.50 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,500,000,000.00	PRIMA:	$ *******188,352,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********35,786,880.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *******224,138,880.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1101163518600 5(3900)000224138880(96)20210131

REFERENCIA PAGO: 1101163518600-5

45-03-101003393

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

CIROLASSO

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

.

.

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE RENUEVA LA POLIZA PARA LA VIGENCIA ARRIBA CITADA

.

TOMADOR: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA NIT.890.303.395-4
ASEGURADO: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA NIT.890.303.395-4
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

.

VIGENCIA:

DESDE LAS 24:00 HORAS DEL DIA 17 DE DICIEMBRE DE 2020 HASTAS LAS 24:00 HORAS DEL DIA 17 DE DICIEMBRE DE 2021

TIPO DE INSTITUCION:CLINICA

UBICACION DEL RIESGO:
==========

Carrera 38 No. 5 B 1 - 39 / 45 Cali - Valle del Cauca / Carrera 55 A No. 5 - 119 Cali - Valle del Cauca

NIVEL DE ATENCION:II

No. DE CAMAS:CERO - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

No. DE AMBULANCIAS:CERO - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD:SI - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - Para siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CONDICIONADO GENERAL:
FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-DOOI En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

LIMITE ASEGURADO:.....$2.500.000.000=

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad para la vigencia de la poliza e incluira los gastos de defensa (incluyendo las cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

.

RELACION DE PROFESIONALES:
==========

NO.	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESION / OCUPACION	DOC. IDENTIDAD
1	CARABALI GONZALEZ CLARIVEL	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	31321262
2	MARIN TORRES EDWARD ALBERTO	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	1107077211
3	MAYA BARRERA DIANA CAROLINA	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	1001283014
4	MUNOZ CHAVEZ JEFFREY DUPERLY	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	1114824365
5	RESTREPO PARRA LADY JOANA	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	1113655209
6	SUAREZ CAYCEDO JESSICA MARCELA	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	1118302634
7	VELASCO CAMAYO ANA BERNARDA	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	48600925
8	VERA CATHERINE DEL CARMEN	AUXILIAR CENTRAL DE ESTERILIZACION	59687378
9	BALANTA COLORADO MAURICIO	AUXILIAR CONFIRMACION CIRUGIA	94427780
10	PENARANDA ESCARPETA OLGA LUCIA	AUXILIAR CONFIRMACION CIRUGIA	29703575
11	DELGADO GARCES SARA ROCIO	AUXILIAR DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	66854320
12	ESCOBAR HERNANDEZ MARIA ELENA	AUXILIAR DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	31889185
13	FISCAL SILVA CLAUDIA LORENA	AUXILIAR DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	1130614114
14	ZAPATA PRADO LESLIE MARCELA	AUXILIAR DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	1144031712
15	MENDEZ PONCE LADY JOHANNA	AUXILIAR DE CIRUGIA	29314394
16	ZAPATA ORTIZ LUISA FERNANDA	AUXILIAR DE CIRUGIA	1111812119
17	CORTAZAR VIVAS VERONICA	AUXILIAR DE CONSULTORIO	1143931436
18	LLANTEN LLANTEN KAREN VIVIANA	AUXILIAR DE CONSULTORIO	25397023
19	TUQUERREZ ASTAIZA DIANA CRISTINA	AUXILIAR DE CONSULTORIO	1130622341
20	ARCILA HENAO SANDRA MILENA	AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA	25235395
21	CASTRO LOPEZ JUAN DANIEL	AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA	1144083062
22	CHARA SANCHEZ MARIA SUGEY	AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA	34372106
23	CORREA MARIN JESSICA CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA	1144194367
24	ERAZO NARVAEZ RODOLFO ANDRES	AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA	1112474793
25	HERNANDEZ CABRERA SHIRLEY MASSIEL	AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA	67023469
26	LEON GALLON ANA MILENA	AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA	31309684

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

27 LUGO UNI ANDRES FELIPE AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 1130587668
28 MARMOLEJO CARDONA DANIELA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 1144134184
29 MINA GRUESO MARISELA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 34679592
30 PERALTA ESCOBAR SANDRA MILENA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 38556810
31 TORRES CABEZA SANDRA MILENA AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRUGIA 66679476
32 GOMEZ LIZARAZO NORELDI CAROLINA AUXILIAR DE FARMACIA 1092341647
33 OBREGON ARROYO YISELL ALEJANDRA MAR AUXILIAR DE LASSER 1144137853
34 VALLECILLA VIVEROS ISNEY AUXILIAR DE OPTICA 1111742542
35 GANAN ESPINOSA MARGOT AUXILIAR DE OPTICA 42091422
36 MARMOLEJO CARDONA DANNY LUZ AUXILIAR DE OPTICA 29125983
37 ORTIZ HOYOS FRANCIA ELENA AUXILIAR DE OPTICA 31972759
38 FLOREZ CARRILLO TATIANA AUXILIAR DE PROMOCION Y PREVENCION 1144039204
39 LONDONO ORREGO MARIA MELBA AUXILIAR DE PROMOCION Y PREVENCION 31979325
40 MUNOZ MEJIA OSCAR HERNAN AUXILIAR DE SERVICIO FARMACEUTICO 94527943
41 SANCHEZ MONTOYA NASLY PAMELA AUXILIAR PROGRAMACION CIRUGIA 1111742061
42 BANGUERA CARDENAS DANIELA AUXILIAR PROGRAMACION CIRUGIA 1143964142
43 BONILLA VICTORIA JAIME AUXILIAR PROGRAMACION CIRUGIA 16792989
44 RIOS SANCHEZ LUZ MARINA AUXILIAR PROGRAMACION CIRUGIA 38610951
45 MARMOLEJO ZAMBRANO ANGELICA MARIA AUXILIAR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 1143876321
46 PEREA MAFFLA PEDRO PABLO DIRECTOR(A) GENERAL 16642876
47 RINCON CORREA DAMARIS ADRIANA ENFERMERO JEFE 1047389211
48 GIRALDO LOPEZ CLAUDIA PATRICIA FONOAUDIOLOGO(A) 30290678
49 GONZALEZ CARVAJAL ROSA IRENE FONOAUDIOLOGO(A) 30316137
50 PORTILLA CORDOBA ANITA YOLANDA FONOAUDIOLOGO(A) 30736676
51 QUINTANA RIASCOS ROSA ANDREA FONOAUDIOLOGO(A) 29109581
52 ARCE SARRIA MARCELA JEFE CENTRAL DE ESTERILIZACION 34611924
53 IDARRAGA PALECHOR CAROLINA JEFE DE CIRUGIA 31574367
54 COLLAZOS GARCIA ERIKA JOHANA JEFE DE TALENTO HUMANO 66999577
55 GARCES FRANKY FERNANDO ANTONIO MEDICO (DIRECTOR MEDICO) 16662219
56 QUINONES LUCIO ANDRES FELIPE MEDICO(A) 94534434
57 PALACIO GUZMAN LAURA MEDICO(A) GENERAL 1094943042
58 PERLAZA ROJAS LEONARDO ANDRES OPTOMETRA 1088340974
59 GALLO GONZALEZ EDGAR ANDRES PSICOLOGO(A) 14635851
60 GOMEZ SASTRE ISABEL CRISTINA PSICOLOGO(A) 1113788459
61 OSORIO MONTOYA DIANA ISABEL PSICOLOGO(A) 1144026525
62 RIVERA DE MARINO ELENA PSICOLOGO(A) 29562290
63 ROJAS BEDON YINNA DEL PILAR PSICOLOGO(A) 55177656
64 ISAZA ARANGO ELISA MARIA PSICOLOGO(A) TALENTO HUMANO 1130619321
65 GONZALEZ GARCIA SAMUEL REGENTE DE FARMACIA 16227788
66 HURTADO SINISTERRA ANGIE LORENA TRABAJADOR(A) SOCIAL 1111797919
67 BEJARANO CASTANEDA DIANA ESPERANZA TRABAJADOR(A) SOCIAL 51819917
68 BETANCUR CRUZ FRANCI NATHALIE TRABAJADOR(A) SOCIAL 1113517596
69 MORALES BORJA HILDA PATRICIA TRABAJADOR(A) SOCIAL 31885812
70 TRIANA GALEANO MARTHA TRIANA GALEANO FONOAUDIOLOGO(A)
71 GIRALDO LEON VANESSA GIRALDO LEON FONOAUDIOLOGO(A)
72 LINARES FORERO ANDREA LINARES FORERO FONOAUDIOLOGO(A)
73 SILVA ROMAN MARIA JIMENA SILVA ROMAN FONOAUDIOLOGO(A)
74 JALIL MONTOYA MARGARITA MARIA JALIL MONTOYA FONOAUDIOLOGO(A)
75 HOYOS CARDENAS MONICA HOYOS CARDENAS FONOAUDIOLOGO(A)
76 GOMEZ VELASQUEZ MARTHA CLARA GOMEZ VELASQUEZ FONOAUDIOLOGO(A)
77 PRIMERO AVENDAÑO SANDRA MILENA PRIMERO AVENDAÑO FONOAUDIOLOGO(A)
78 BRITTO MONROY PATRICIA BRITTO MONROY FONOAUDIOLOGO(A)
79 LAINO CASTAÑO VICKY MARUJA LAINO CASTAÑO FONOAUDIOLOGO(A)
80 ZAMBRANO JURADO SUSANA ANDREA ZAMBRANO JURADO FONOAUDIOLOGO(A)
81 BARBA HO MARILU BARBA HO FONOAUDIOLOGO(A)
82 RESTREPO DOMINGUEZ DENISS RESTREPO DOMINGUEZ FONOAUDIOLOGO(A)
83 DE LA CRUZ CARMONA JULIANA MARIA DE LA CRUZ CARMONA FONOAUDIOLOGO(A)
84 GARCIA ARANGO JULY MARCELA GARCIA ARANGO FONOAUDIOLOGO(A)
85 TAMAYO GIL SANDRA MILENA TAMAYO GIL FONOAUDIOLOGO(A)
86 ARANGO PACHO PAULA ALEJANDRA ARANGO PACHON FONOAUDIOLOGO(A)
87 ARIZA LUZ DALIA ARIZA FONOAUDIOLOGO(A)
88 SUAREZ DE LA TORRE JENNY LORENA SUAREZ DE LA TORRE FONOAUDIOLOGO(A)
89 ANDRADE ARANGO CONSTANZA JIMENA ANDRADE ARANGO FONOAUDIOLOGO(A)
90 LOPEZ TENORIO MARTHA LUCIA LOPEZ TENORIO FONOAUDIOLOGO(A)
91 CAMPOS BONILLA JOHANA ASTRID CAMPOS BONILLA FONOAUDIOLOGO(A)
92 ARIAS SANCHEZ JUAN MANUEL ARIAS SANCHEZ FONOAUDIOLOGO(A)
93 RIVERA MARMOLEJO ERIKA RIVERA MARMOLEJO FONOAUDIOLOGO(A)
94 ZAPATA RIASCOS LINA MARCELA ZAPATA RIASCOS FSIOTERAPEUTA
95 GALAN CAMARGO VIVIANA GALAN CAMARGO INSTRUMENTADOR QX

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

96 DAVILA GOMEZ BREGGET MARITZA DAVILA GOMEZ INSTRUMENTADOR QX
97 SOLIS CAICEDO MARY CRUZ SOLIS CAICEDO INSTRUMENTADOR QX
98 MORENO CAMACHO MARIA VICTORIA MORENO CAMACHO INSTRUMENTADOR QX
99 AYALA RAMIREZ PAULINY XIMENA AYALA RAMIREZ INSTRUMENTADOR QX
100 PIAMBA ANGELICA MARIA PIAMBA INSTRUMENTADOR QX
101 GARCIA GONZALEZ DANIELA GARCIA GONZALEZ INSTRUMENTADOR QX
102 ARCE BUENP JORGE ELIECER ARCE BUENO INSTRUMENTADOR QX
103 CUELLO MONSALVE ANA MARIA CUELLO MONSALVE INSTRUMENTADOR QX
104 HINESTROZA RIASCOS JEANNETTE TATIANA HINESTROZA RIASCOS MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
105 LERMA BONILLA TULIO CESAR LERMA BONILLA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
106 CAICEDO ROA MARCELA CAICEDO ROA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
107 SAAVEDRA VARGAS CATALINA SAAVEDRA VARGAS MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
108 GONZALEZ RUBIO VALLEJO DANIEL GONZALEZ RUBIO VALLEJO MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
109 MEDINA MUÑOZ HENRY MEDINA MUÑOZ MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
110 TAMAYO HURTADO ALVARO TAMAYO HURTADO MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
111 DELGADO VACA MARIO ALONSO DELGADO VACA MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
112 CONDE GALVIS DIEGO ARCESIO CONDE GALVIS MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
113 CANO ARIAS BLANCA NUBIA CANO ARIAS MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
114 LOPEZ AYALA MARIA ALEXANDRA LOPEZ AYALA MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
115 ARBOLEDA CAICEDO GLADYS ARBOLEDA CAICEDO MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
116 ROMERO CARVAJAL CLAUDIA ISABEL ROMERO CARVAJAL MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
117 TAFUR BETANCOURT LUIS ALBERTO TAFUR BETANCOURT MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
118 CERON ARIAS JOHANN SMITH CERON ARIAS MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
119 JARAMILLO SEJNAUI OSCAR EDUARDO JARAMILLO SEJNAUI MEDICO Y CIRUJANO ANESTESIOLOGO(A)
120 MARTINEZ ROJAS MARCO EMILIO MARTINEZ ROJAS MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
121 MORENO GONZALEZ DIEGO MORENO GONZALEZ MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
122 CELIS VICTORIA FELIX HERNANDO CELIS VICTORIA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
123 INSANDARA TIMANA OMAR HUGO INSANDARA TIMANA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
124 CONTRERAS AMAYA CARLOS ORLANDO CONTRERAS AMAYA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
125 MEDINA TOVAR JAIRO MEDINA TOVAR MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
126 VELEZ ECHEVERY LUIS GUILLERMO VELEZ ECHEVERY MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
127 MUÑETON ABADIA HERNANDO ANTONIO MUÑETON ABADIA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
128 SACANAMBOY MUÑOZ EDGAR VICENTE SACANAMBOY MUÑOZ MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
129 QUEVEDO CELSI PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
130 BUSTAMANTE ARBELAEZ JOSE BUSTAMANTE ARBELAEZ MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
131 QUINTERO ACEVEDO ANTONIO EDUARDO QUINTERO ACEVEDO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
132 VERGARA GARCIA OSCAR VERGARA GARCIA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
133 GARCIA CAMACHO JORGE ENRIQUE GARCIA CAMACHO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
134 LOPEZ LONDOÑO MIGUEL ANGEL LOPEZ LONDOÑO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
135 DUEÑAS VANNIN LUIS FERNANDO DUEÑAS VANNIN MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
136 GIRALDO CIFUENTES FRANCISCO JOSE GIRALDO CIFUENTES MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
137 ALVARADO RUIZ HAROLD ALVARADO RUIZ MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
138 VEIRA DEL CASTILLO ANTONIO JOSE VEIRA DEL CASTILLO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
139 SINISTERRA PAVA JUAN PABLO SINISTERRA PAVA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
140 LOPEZ MORENO GERSON LOPEZ MORENO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
141 GALINDO PLAZAS JORGE LUIS GALINDO PLAZAS MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
142 GUZMAN ROJAS ANA MARIA GUZMAN ROJAS MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
143 ALARCON ARCINIEGAS CAROLINA ALARCON ARCINIEGAS MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
144 LIBREROS ARANGO DIANA MARCELA LIBREROS ARANGO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
145 RIZZO BEDOYA MARIA FERNANDA RIZZO BEDOYA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
146 DUARTE PATIÑO CLARA STELLA DUARTE PATIÑO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
147 ZULUAGA BOTERO CLAUDIA ZULUAGA BOTERO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
148 RODRIGUEZ RENGIFO MARINEY RODRIGUEZ RENGIFO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
149 CEDEÑO PALACIOS MARIA CECILIA CEDEÑO PALACIOS MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
150 MORENO LONDOÑO MARIA VICTORIA MORENO LONDOÑO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
151 RIOS CASTAÑEDA JACQUELINE RIOS CASTAÑEDA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
152 VALENZUELA LEAL DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
153 BOCANEGRA VILLA LUISA REINA BOCANEGRA VILLA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
154 GAVIRIA FERNANDEZ ROMELIA GAVIRIA FERNANDEZ MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
155 FERREIRA SALAZAR MARIA CATALINA FERREIRA SALAZAR MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
156 ENDO ABELLA BEATRIZ ELVIRA ENDO ABELLA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
157 ARIAS JARAMILLO MAURICIO ARIAS JARAMILLO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
158 GARRIDO COSTA LAZARO GARRIDO COSTA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
159 PINZON ORTIZ RICARDO PINZON ORTIZ MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
160 BARRIOS RADA JAFETH BARRIOS RADA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
161 ARANGO OREJUELA RAUL ADRIAN ARANGO OREJUELA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
162 ZABALA ECHAVARRIA JOHN TAYRON ZABALA ECHAVARRIA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
163 MARTINEZ BLANCO ALEXANDER MAXIMILIANO MARTINEZ BLANCO MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)
164 JARAMILLO SUBIA AMABLE JARAMILLO SUBIA MEDICO Y CIRUJANO OFTALMOLOGO(A)

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

165 CAMAYO ARCE JAMES ALBERTO CAMAYO ARCE MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
166 DELGADO VACCA TITO LIVIO DELGADO VACCA MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
167 MAESTRE MANJARRES JOSE ALFONSO MAESTRE MANJARRES MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
168 GARCIA GRANOBLES CARLOS ALBERTO GARCIA GRANOBLES MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
169 GARCIA CAMACHO LUIS TOMAS GARCIA CAMACHO MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
170 SILVA CONCHA FERNANDO EMILIO SILVA CONCHA MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
171 LOPEZ CARDENAS MAURICIO LOPEZ CARDENAS MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
172 CABRERA ORTIZ JORGE GUILLERMO CABRERA ORTIZ MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
173 RINCON RENZA LUIS FERNANDO RINCON RENZA MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
174 MARTINEZ GUTIERREZ MARIA DEL PILAR MARTINEZ GUTIERREZ MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
175 PULIDO MURILLO MARIA ALEJANDRA PULIDO MURILLO MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
176 RAYO AGUIRRE BETSY RAYO AGUIRRE MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
177 GERSTNER GARCES LILIANA MARIA GERSTNER GARCES MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
178 ZAPATA MONTOYA MERCEDES ADRIANA ZAPATA MONTOYA MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
179 LLANOS MANZANO MARIA VICTORIA LLANOS MANZANO MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
180 GUERRA ORTIZ CLAUDIA PATRICIA GUERRA ORTIZ MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
181 ROMERO VARGAS MARIA HELENA ROMERO VARGAS MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
182 BUITRAGO PERDOMO PAOLA ANDREA BUITRAGO PERDOMO MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
183 CARREÑO ARDILA JENNY CRISTINA CARREÑO ARDILA MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
184 CABRERA TELLO MONICA CABRERA TELLO MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
185 SINISTERRA BENITEZ MARIA DARLY SINISTERRA BENITEZ MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
186 MONTOYA GIRALDO OLGA LILIANA MONTOYA GIRALDO MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
187 ARIAS REYES WILSON ARIAS REYES MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
188 MUÑOZ GARCIA SAMUEL HERNANDO MUÑOZ GARCIA MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
189 GONZALEZ ESLAIT FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ESLAIT MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
190 PINEDA CALZADA DAVID ANDRES PINEDA CALZADA MEDICO Y CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO(A)
191 ALVARADO CORREDOR NELSY ALVARADO CORREDOR OPTOMETRA
192 ALVAREZ TORO MILDRE ALVAREZ TORO OPTOMETRA
193 MURILLO VALENCIA LUCY LORETA MURILLO VALENCIA OPTOMETRA
194 ROA ARIZA CLAUDIA LILIANA ROA ARIZA OPTOMETRA
195 MANZANO TASCON CLAUDIA PATRICIA MANZANO TASCON OPTOMETRA
196 MANZANO TASCON DIANA MARCELA MANZANO TASCON OPTOMETRA
197 HERRERA DIANA PAULINA HERRERA OPTOMETRA
198 HOYOS MATTA JAIME HOYOS MATTA OPTOMETRA
199 RENTERIA MORENO LUZ MERY RENTERIA MORENO OPTOMETRA
200 PERLAZA ROJAS LEONARDO ANDRES PERLAZA ROJAS OPTOMETRA
201 HERNANDEZ BENAVIDEZ ANA MARIA HERNANDEZ BENAVIDEZ ORTOPTISTA
202 GARCIA DE VILLEGAS JULIA GARCIA DE VILLEGAS ORTOPTISTA
203 BENITEZ MARTINEZ NIXON HAROLD BENITEZ MARTINEZ TERAPEUTA OCUPACIONAL
204 MOSQUERA GUACHETA CARLOS ARTURO MOSQUERA GUACHETA TERAPEUTA OCUPACIONAL

.
.

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

A consecuencia de actos erroneos, negligencia, impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal que este vinculado bajo relacion laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, siempre y cuando figuren dentro de la relacion de profesionales y/o auxiliares de la salud asegurados bajo esta poliza y por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

Paragrafo: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extra patrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:
Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este, esten registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestacion del servicio.

No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutica, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten raconocidos por la ciencia medica y que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
A consecuencia del uso de sus predios, labores y operaciones por:

A. La propiedad, uso o posesion de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la caratula de la poliza.
B. Las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la caratula de la poliza.
C. La responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados. Para tal fin la cobertura descrita en este numeral operara en exceso de las polizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, que en todo caso su valor asegurado no podra ser inferior a $100.000.000

Este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPSS con las que tenga convenio el asegurado.

La cobertura otorgada para el personal administrativo (incluidos profesionales de la salud que trabajen en el area administrativa) se encuentra dentro del amparo de RCE de esta poliza, por ende la cobertura profesional no se extiende a los mismos.

2.4 GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

Los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza y causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares de la presente poliza.

SEGURESTADO reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible en la caratula de la misma.

En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA	SUBLIMITE EVENTO/VIGENCIA
	Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	100% del limite asegurado por evento y vigencia
RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS	Hasta $100.000.000 EVENTO / Hasta $200.000.000 VIGENCIA
USO DE EQUIPOS GENERADORES DE RAYOS LASER	Hasta $300.000.000 EVENTO / Hasta $700.000.000 VIGENCIA
GASTOS DE DEFENSA	Por Evento: Hasta 10% del limite asegurado Por Vigencia: Hasta 20% del limite asegurado

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

DEDUCIBLES:GASTOS DE DEFENSA: Sin deducible
DEMAS AMPAROS: 12.5% de la perdida - minimo $5.000.000

EXCLUSIONES:
==========
Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1.Reclamaciones judiciales o extrajudiciales donde el personal de la salud interviniente en la atencion en salud que dio origen a la reclamacion no se encuentren reportados en esta poliza, llamese AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.
2.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
3.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.
4.Reclamaciones contra el asegurado por la prestacion de servicios por personal de la salud, que no tenga una relacion contractual con el asegurado.
5.Perjuicios causados por la prestacion de servicios por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.
6.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal de la salud bajo la influencia de sustancias alcoholicas, toxicas o narcoticas.
7.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
8.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
9.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos de tipo estetico o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.
10.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.
11.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.
Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.
II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.
III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.
12.Responsabilidad civil profesional por emision de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente en actividades de la salud.
13.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.
14.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez o sanciones de caracter administrativo.
15.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.
En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.
Esta exclusion no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.
16.Reclamaciones orientadas al reembolso de honotarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.
17.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de salud acreditados para este fin.
18.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.
19.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente. Salvo lo señalado en el articulo 7 de la ley 23 de 1981 y las que la modifiquen, que dice: cuando no se trate de casos de urgencia, el medico podra excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacion de sus servicios, en razon de los siguientes motivos:
A.Que el caso no corresponda a su especialidad?
B.Que el paciente reciba la atencion de otro profesional que excluya la suya?
C.Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas.
Caso en el cual SEGURESTADO, sin que se entienda como aceptacion de responsabilidad y cobertura por el amparo basico, respaldara al asegurado unicamente en la extension de cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.
20.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos.
21.Violacion del secreto profesional.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

22.Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.
23.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.
24.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.
25.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.
26.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado y/o profesionales y/o auxiliares de la salud al servicio del asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.
27.Actos medicos indirectos, y de los nominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, etc.
28.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
29.Filtraciones contaminantes, residuos patologicos, asi como los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.
30.Organismos patogenicos, salvo hasta en el sublimite otorgado.
31.Responsabilidad derivada del transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.
32.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD).
33.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.
34.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.
35.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.
36.Responsabilidad civil de directores y administradores.
37.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:
I-Guerra, invasion, actos de enemigo extranjero, hostilidades, acciones y operaciones belicas (con o sin declaracion o estado de guerra), guerra civil, huelga, paros patronales, motin, conmocion civil o alborotos populares que revelen el caracter de o como consecuencia de asonada, sublevacion militar, insurreccion, rebelion, revolucion, conspiracion, actos mal intencionados de terceros y otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del pais, aunque no sean a mano armada, poder militar o usurpado. Confiscacion, requisa, nacionalizacion o detencion por cualquier poder civil o militar legitimo o usurpado, destruccion daños a los bienes por orden de cualquier gobierno de jure o de facto o de cualquier autoridad nacional, estatal o municipal o actividades por orden de cualquier individuo o personas que actuando en nombre propio o en conexion con cualquier grupo u organizacion cuyo objeto sea el derrocamiento del gobierno de jure o de facto o presion sobre el gobierno por terrorismo u otros medios violentos.
II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objeto establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, sean declarados o no.
38.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.
39.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:
I-La accion de energia atomica
II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.
III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.
40.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del personal al servicio del asegurado en su caracter de funcionarios o servidores publicos segun lo define la ley correspondiente.
41.Responsabilidad civil profesional derivada de actividades administrativas.
42.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.
43.El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.
44.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
45.La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.
46.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego
47.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.
48.Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). Asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA			NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD	CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

49.Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.
50.Responsabilidad civil profesional individual del personal al servicio del asegurado.
51.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico
52.Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

53.Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.
b) El (os) Medico(s) tratante(s) y
c) La Enfermera asistente o un testigo
54.Perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.
55.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.
56.El prestador de servicios de salud no lleve control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad en una bitacora diaria.
57.El prestador de servicios de salud, no mantenga la historia clinica del paciente al dia o no lleve la historia clinica bajo los parametros establecidos por la ley.
58.Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 o los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
59.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
60.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.
61.No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
62.Se excluye el Cyber Edge o Riesgo Cibernetico: exclusion de perdida de datos y cyber liability: esta poliza excluye cualquier responsabilidad, reclamacion, perdida, daño o gasto derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programacion, uso malicioso, infeccion por programas maliciosos o virus, extorsion, destruccion, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informaticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen tambien perdidas, daños, responsabilidades o reclamaciones derivados directa o indirectamente de modificacion, corrupcion, perdida, destruccion, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamiento ilegal o no autorizado o revelacion de datos, destruccion o robo de cualquier computadora o aparato electronico o accesorio que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de informacion personal o corporativa en cualquier formato o soporte.
63.Se excluyen reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el servicio de alquiler de quirofanos.
64.No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica asegurada, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
65.Exclusion de enfermedad transmisible: LMA5394 -96
1.Este contrato excluye cualquier perdida, daño, responsabilidad, reclamo, costo o gasto de cualquier naturaleza, causado directa o indirectamente por, contribuido a, como resultado de, derivado de o en conexion con una enfermedad transmisible o el miedo, o la amenaza (ya sea esta real o percibida); de una enfermedad transmisible independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultaneamente o en cualquier secuencia con dicha enfermedad.
2.Como se usa en este documento:
a)Enfermedad transmisible significa cualquier enfermedad infecciosa, transmisible o contagiosa, o cualquier mutacion o variacion de esta, que puede transmitirse por medio de cualquier sustancia o agente de cualquier organismo a otro organismo, incluidos, entre otros, los siguientes:
I.La sustancia o agente incluye, pero no se limita a, un virus, bacteria, parasito, u otro organismo o cualquier variacion de este, ya sea que se considere vivo o no, y
II.El metodo de transmision ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros, transmision por el aire, transmision de fluidos corporales, transmision desde o hacia cualquier superficie, u objeto; solido, liquido o gaseoso; o entre organismos.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.
AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 dias calendario contados desde la fecha del contrato de vinculacion del profesional de la salud, si transcurrido este tiempo no se ha reportado algun personal de salud en la poliza, toda la atencion en salud donde intervenga el dicho personal de la salud no tiene cobertura.
CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.

REQUISITOS PARA EXPEDICION
(SUBJETIVIDADES):Los terminos aqui incluidos estan sujetos a recibir la siguiente informacion y ser confirmada su aceptacion por parte de Seguros del Estado S.A antes del inicio de vigencia:
-Comunicacion del tomador/asegurado aceptando terminos y condiciones.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101003393	62

TOMADOR	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA		NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CR 38 NO 5 B 1-45	CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	5579297
ASEGURADO	INSTITUTO PARA NINOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA		NIT	890.303.395-4
DIRECCION	CRA 38 NO 5 B 1 45	CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	5140233
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

NOTA: La suscripcion de la presente poliza (Responsabilidad Civil Profesional para entidades de la Salud) se encuentra sujeta a la suscripcion de la poliza Todo Riesgo Daño Material de la Institucion asegurada.

.

.

Señor
Juez Administrativo de Cali
(Reparto)
E.S.D

Yo, MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS, mayor de edad y domiciliado en Cali, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, comedidamente solicito a su despacho se sirva a concederme el beneficio de amparo de pobreza, habida cuenta de mi necesidad de demandar judicialmente a las entidades que se referencian en la demanda, como consecuencia de los hechos u omisiones que deben derivar responsabilidad civil solidaria y, por no encontrarnos en capacidad para sufragar los costos que conlleva un proceso como estos, sin detrimento de lo necesario para la subsistencia propia como la de las personas que se encuentran bajo mi cuidado, manifestación que hago bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la prestación de este escrito.

1. HECHOS

1.1. Mis recursos económicos no me permiten asumir los gastos de este proceso.
1.2. Mi único medio de mi subsistencia es mi ingreso informal.
1.3. Lo devengado por mi escasamente cubre los gastos de subsistencia, razón por la cual no me encuentro en capacidad económica para sufragar los gastos de un proceso, sin detrimento de lo necesario para la subsistencia propia.
1.4. La ley me concede el derecho a solicitar el beneficio de amparo de pobreza, a lo cual se dirige el presente memorial.

2. DERECHO

Invoco como fundamento de derecho lo preceptuado en el artículo 151 y siguientes del Código General del Proceso.

3. ANEXOS

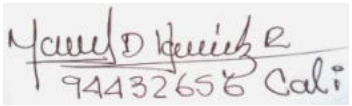
Me permito anexar los documentos aducidos como pruebas y copia digital de la demanda.

4. NOTIFICACIONES

Se recibirán notificaciones en la Calle 72 i # 3N-03 barrio Floralia, en los celulares 319 2408371, 305 3976658 o en el correo electrónico: manuelhernandezrios@gmail.com

Del Señor Juez,

Atentamente



MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS
C. C. 94432656

Gmail **Tu Abogado en Salud y Pensión <tuabogadoensaludypension@gmail.com>**

Fwd:

Marcela Ortiz <marcela.ortizva@gmail.com> 3 de junio de 2022, 10:15
Para: Tu Abogado en Salud y Pensión <tuabogadoensaludypension@gmail.com>

---------- Forwarded message ---------
De: **Manuel Hernandez Rios** <manuelhernandezrios@gmail.com>
Date: mar., 31 de may. de 2022, 5:52 p. m.
Subject: Re:
To: Marcela Ortiz <marcela.ortizva@gmail.com>

Señores:
PROCURADOR DELEGADO ANTE LOS JUECES ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO DE CALI
JUEZ ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI. SECCIÓN TERCERA (REPARTO)
Ciudad

Ref. PODER ESPECIAL

CONVOCANTES/DEMANDANTES: MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIOS (C. C. 94432656)

CONVOCADOS/DEMANDADOS:
1.SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, NIT 860062187:4
2.ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD DE CALI NIT. 890399011-3
3.COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, 805.000.427-1
4.CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE CALI S. A, 8903200328
5.INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, NIT. 8903033954

Yo, Manuel Desiderio Hernández Ríos (C. C. 94432656) en nombre propio, domiciliado y residente de la ciudad de Cali - Valle, manifestó respetuosamente que confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada Sandra Marcela Ortiz Valencia, domiciliada en la ciudad de Cali, identificada civil y profesionalmente como aparece al pie de su firma y correo electrónico: marcela.ortizva@gmail.com, debidamente inscrito en el Registro Nacional de Abogados en concordancia con el artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

El anterior profesional, iniciará y llevará a su término en nuestro nombre y representación, los siguientes mandatos:

La representación, proyección, radicación, trámite y gestión de la CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL (de conformidad con la ley 1285 del 2009 y demás normas concordantes) y el MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA (artículo 140 de la ley 1437 del 2.011), con citación de las convocadas/ demandadas relacionadas en la referencia, representados legalmente por el Superintendente, Alcalde, Gerente o quien haga esas veces, con el fin de conciliar los perjuicios materiales e inmateriales u agotar el requisito de procebilidad y/o para obtener reparación por los perjuicios materiales e inmateriales causados como consecuencia de los hechos u omisiones ocurridos desde el 16 de septiembre de 2019 al 14 de septiembre de 2021 ante la falla del servicio por parte de la EPS COOMEVA consiste en la falta de diligencia, oportunidad, eficiencia y pericia para el manejo adecuado de la patología presentada por el paciente MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS al no autorizar tratamiento quirúrgico requerido y solicitado por sus médicos tratantes oftalmólogos y subespecialistas en retina, lo que le implicó un retardo en la realización del procedimiento y la pérdida de la oportunidad de salvar su ojo y la visión. Las barreras administrativas presentadas por las IPS CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE CALI S. A, 8903200328 y el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, NIT. 8903033954 y la clara omisión de cumplimiento de responsabilidades de los agentes del SGSSS, como lo son: la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, NIT 860062187:4 y la ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD DE CALI NIT. 890399011-3.

En ejercicio del poder conferido, mi apoderado queda ampliamente facultado para conciliar judicial y extrajudicialmente, recibir, cobrar, transigir, desistir, corregir, y adicionar la solicitud de conciliación, medio de control de reparación directa, presentar peticiones y acciones de tutela, radicar solicitud de indemnización frente aseguradoras, interponer recursos y sustentarlos, sustituir libremente este poder y reasumirlo y, en general, para todo cuanto en derecho estime conveniente en representación de mis intereses y realizar todas aquellas gestiones que el ejercicio del mandato conlleva, de conformidad a lo estipulado en el artículo 77 del Código General del Proceso.

Atentamente,

_____
Manuel Desiderio Hernández Ríos
C. C. 94432656
Dirección: Calle 73 # 2bn -87 barrio floralia.
Cel-WhatsApp: 3053976658 y 3192408371
Correo electrónico: manuelhernandezrios@gmail.com

Acepto,

_____
Sandra Marcela Ortiz Valencia
CC. _____ de_____
TP. _____del C. S. de la J.
Cel:
Correo electrónico: marcela.ortizva@gmail.com

Atentamente

Manuel Hernández Ríos

Celular y WhatsApp: +57 319 2408371 y +57 305 3976658

Get TypeApp for Android
On 31 May 2022, at 5:09 pm, Marcela Ortiz <marcela.ortizva@gmail.com> wrote:

> hola Manuel,
>
> te envio el poder en mensaje de datos, no es necesario la firma ni la huella, con el simple hecho que a través de correo electrónico aceptes las facultades y datos al final esta perfecto. me lo reenvias por favor



Señores:
JUECES ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO DE CALI. SECCIÓN TERCERA (REPARTO)
Cali - Valle
E.S.D

MEDIO DE CONTROL	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDADOS	1. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, NIT 860062187:4 2. ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD DE CALI NIT. 8001005113 3. COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, 805.000.427-1 4. INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, NIT. 8903033954
DEMANDANTE	MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIOS C. C. 94432656

Yo, Sandra Marcela Ortiz Valencia, abogada en ejercicio, identificada civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, muy respetuosamente me dirijo a usted en virtud del poder legalmente conferido a mí el **DEMANDANTE** de la referencia, para iniciar y llevar hasta su terminación **MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA** de conformidad con lo dispuesto en el artículo 140 de la ley 1437 del 2.011 en contra de las **DEMANDADAS** en el asunto, representados legalmente por los Directores, Gerentes o quien haga esas veces, a fin de obtener reparación por los perjuicios materiales e inmateriales causados a mi representada como consecuencia de los hechos u omisiones que deben derivar responsabilidad del Estado por responsabilidad patrimonial de los demandados en la falla del servicio de acuerdo a lo siguiente:

1. DESIGNACIÓN DE LAS PARTES Y SUS REPRESENTANTES

1.1 PARTE DEMANDANTE (quienes me han conferido poder para actuar, domiciliado en Cali)

MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIO C. C. 94432656

1.2 PARTE DEMANDADA

1.2.1 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, NIT 860062187:4
1.2.2 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD DE CALI NIT. 8001005113
1.2.3 COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, 805.000.427-1
1.2.4 INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, NIT. 8903033954

2. DECLARACIONES Y CONDENAS

2.1. DECLARACIONES:

2.1.1. Que se declare que COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN es responsable extracontractual y administrativamente por los perjuicios inmateriales causados a mi poderdante, a causa de la falla del servicio tras la falta de oportunidad en la autorización del procedimiento necesario para que el Sr. HERNÁNDEZ no perdiera su visión.

2.1.2. Que se declare que la IPS INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA es responsable extracontractual y administrativamente por la omisión en la prestación de los servicios con eficiencia y calidad, con sus atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad,

pertinencia y continuidad, al poner barreras administrativas que no permitieron después de la autorización la realización de un procedimiento en oportunidad.

2.1.3. Que se declare que la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, NIT 860062187:4 es responsable extracontractual y administrativamente por la demora en tomar una decisión de liquidación de una EPS que tenía deficiencias en su manejo y no garantizar la atención oportuna en salud.

2.1.4. Que se declare que la ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD DE CALI 4 es responsable extracontractual y administrativamente por la no vigilancia del cumplimiento de la Circular expedida por la Superintendencia Nacional de Salud que ordena la eliminación de barreras administrativas por parte de las IPS.

2.2. CONDENAS

2.2.1. Que se CONDENE a las DEMANDADAS de acuerdo al nivel de participación en el daño que determine el despacho y/o subsidiariamente de manera solidariamente como reparación del daño material o patrimonial ocasionado, a favor del actor o a quien represente legalmente sus derechos, por los perjuicios de **lucro cesante consolidado y futuro**, según la jurisprudencia del Consejo de Estado, se estima en un total de: **$207´648.012** que se liquidan en el punto 2.2.4 de este acápite.

2.2.2. Que se CONDENE a las DEMANDADAS de acuerdo al nivel de participación en el daño que sea determinado por el despacho y/o subsidiariamente de manera solidariamente como reparación del daño inmaterial o extrapatrimonial, a favor de los actores, o a quien represente legalmente sus derechos, por los perjuicios de **daño moral y daño a la salud**, según la jurisprudencia del Consejo de Estado, a un total de 200 SMLMV, que se liquidan en el punto 2.2.4 de este acápite.

2.2.3. Que se CONDENE a las DEMANDADAS de acuerdo al nivel de participación en el daño que sea determinado por el despacho y/o subsidiariamente de manera solidariamente como reparación del daño inmaterial o extrapatrimonial, a favor de los actores, o a quien represente legalmente sus derechos, la reparación del daño a otros bienes constitucionales protegidos y medidas de reparación integral que considere aplicables, como lo es que se pidan disculpas privadas por parte de las agentes del Sistema de Salud y/o demás medidas no pecuniarias que considere para evitar que a futuro se sigan presentando este tipo de casos.

2.2.4. LIQUIDACIÓN PERJUICIOS

2.2.4.1. EL LUCRO CESANTE

En vista que el lesionado sufrió una disminución de VALOR FINAL DE LA PCL / OCUPACIONAL (%): 57.67, de acuerdo al dictamen pericial adjunto[1].

Se tiene como prueba el certificado de trabajo de la empresa Sonda Colombia y desprendible de nómina que demuestra que percibía un salario mensual por un valor de $1,700,000.

Para liquidar este perjuicio pensemos que una línea horizontal implica el proceso, se inicia desde el momento en que ocurrieron los hechos dañosos, ese hecho hacia el futuro, las personas demandantes tienen derecho a ser indemnizadas, más adelante encontramos una primera etapa que va desde el hecho hasta la sentencia, se conoce con el nombre de periodo de indemnización debida o consolidada. La segunda etapa que abarca desde el día siguiente a la sentencia hacia futuro y que puede terminar, con la vida probable, esta se llama a indemnización futura o anticipada.

[1] Dictamen de CALIFICACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL emitido por Seguros Alfa, fecha 30 de marzo de 2022.

Para la realización de la liquidación se deben tener en cuenta previamente los siguientes factores;

El tiempo trascurrido, desde el hecho hasta la sentencia, es decir desde el 14 de julio de 2020 (fecha de orden para cirugía prioritaria incumplida, que generó efectos siguientes de imposibilidad de implantar el lente en la fecha 28 de mayo de 2021 y ablación de cuerpo ciliar del ojo derecho el 14 de septiembre de 2021) hasta el 3 de junio de 2022, fecha en que se radicará la solicitud de conciliación extrajudicial.

En primer lugar, queremos saber cuánto tiempo ha transcurrido entre el hecho y la fecha actual, entonces se resta:

A - M – D

2022– 06 – 03

2020 – 07 – 14

1 – 10 - 19

Se hace la operación de derecha a izquierda, así; Días: 03 menos 14, se toma prestado 30 días de los 6 meses, 33 menos 14 = 19. Los meses: A 5 no se le puede restar 7, por lo que, se toma prestado un año y se resta 17-7 meses= 10, quedarían los Años: 2021 – 2020= 1 año.

Luego volvemos todos los años y los días en meses, y tenemos 1 año por x 12 = 12 meses, más 10 meses y 19 días (que se divide en 30), es igual a 0,6, para un total de **= 22,6** meses. Entonces sabemos que entre el hecho y la fecha de liquidación trascurrieron **22,6** meses.

Para efectos de liquidar hay que tener en cuenta diferentes factores, como establecer quienes demandan (en este caso solo la víctima)

En el presente caso se calcula la vida probable teniendo en cuenta la edad de la víctima, en este caso; el señor MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS, con fecha de nacimiento 12 de febrero de 1975 y la tabla de mortalidad colombiana, la hicieron y la utilizan las compañías aseguradoras, la Superintendencia Bancaria mediante la Resolución No 0996 del 28 de marzo de 1990 adopto esta tabla y con la misma se calcula el promedio de vida de las personas, entonces para el presente caso tenemos en cuenta la Resolución actualizada No. 1555 de 2010 donde el promedio de vida para un hombre de 45 años (al momento de los hechos), el promedio de vida es de **36.2**

Otro punto que vamos a manejar es el índice de precios al consumidor (IPC) mes por mes, el DANE lo suministra y se aplica la siguiente fórmula para indexar sumas;

Vp=Vh=IF/II.

Donde Vp= Valor presente, VH= Valor Histórico, IF= Índice de precios al consumidor final, II= Índice de precios al consumidor inicial.

Este es necesario para actualizar la suma de los ingresos mensuales recibidos en el momento del daño, es decir $1,700,000[2]

Así las cosas, en este caso tenemos los siguientes datos para la liquidación;

Meses transcurridos: 22,6
Occiso: Promedio de vida 36.2[3]
Víctima: Sr. MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS
Hechos: 14 de julio de 2020
IPC Inicial: julio de 2020: 104,97
IPC Final: abril de 2022: 117,71
Ingresos mensuales: $1,700,000

[2] De acuerdo a desprendible de nómina con fecha de generación: 6-Jul-2020
[3] Resolución 155 de 2010 Tabla de Mortalidad Rentística Superintendencia Financiera.

a) Ahora bien, es necesario actualizar la suma pretendida;

VP=V=IF/II

Vp= $1,700,000 x 117,71/ 104,97

= $1.906.325

b) Se incrementan en un 25%, por concepto de prestaciones sociales y se debe deducir 25%, que es la suma que la víctima destinaba a sus propios gastos, a su propio sostenimiento. (Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia 4 de octubre de 2007 Exp. Acumulados 16058 y 21112 Magistrado Ponente: Dr. Enrique Gil Botero)

De tal manera, que en este caso y teniendo en cuenta la situación, se puede consolidar un salario base de liquidación de **$1.787.179** como salario base de liquidación.

c) Liquidación. Se realiza aplicando la fórmula[4] para liquidar indemnización debida o consolidada para saber en plata cuánto vale desde el momento que ocurrieron los hechos hasta el momento de la sentencia.

$$S = \frac{Ra\ (1+i)^{n-1}}{1}$$

2.2.4.2. LIQUIDACIÓN LUCRO CESANTE DEBIDO O CONSOLIDADO.

Entonces se va a liquidar primera la indemnización debida de la víctima.

$$S = \frac{\$1.787.179\ (1*0.004867)^{22,6} - 1}{0.004867}$$

S= $42.585.977[5]

TOTAL, LUCRO CESANTE DEBIDO O CONSOLIDADO= $42.585.977

2.2.4.3. LUCRO CESANTE FUTURO

Tiene casi la misma fórmula de la indemnización debida.

$$S = \frac{Ra = (1+i)^{n-1}}{I\ (1+i)^{n}}$$

Se liquida teniendo en cuenta el promedio de vida de la víctima **36.2**[6], porque el señor tenía 45 años, al momento de los hechos, entonces lo volvemos meses así: **36.2** x 12, n= 434,4 meses, menos lo que ya pagamos como indemnización consolidada donde era igual a **22,6**. Resulta para pagar en indemnización futura n= **411,8**

$$Ra = \$1.787.179\ (1+0.004867)^{411,8-1}$$

---

[4] **S=**Suma que se está buscando, **Ra=**Valor del ingreso actualizado (renta actualizada), **1=**Constante, **i=**interés técnico o legal intereses legales 6% anual, al mes más o menos 0.5, entonces por matemáticas financieras el 0.5 se convierte en 0.004867, mientras el Código Civil no cambie el interés legal, esto es una constantes que vamos a tener siempre, **n=**Es el número de meses que se va a indemnizar, en este caso, el número de meses que hay entre el hecho y el momento de presentación de la demanda., **-1=**La misma constante, **1=** intereses de 0.004867

[5] **Nota: Paso a paso.** Se despeja el paréntesis 1+0.004867 = 1.004867 Luego, 1.004867 (Y o INV o SHIFT o Xy tecla de calculadora, que se oprime, luego el número del exponente) 22,6 = 1.1159738083453791 - 1 = 0.1159738083453791/ 0.004867 = 23.8286024954549208958 x (salario base liquidación $1.787.179 = 42585977.9792246300716349482 (se acerca a $42.585.977).

[6] Resolución 155 de 2010 Tabla de Mortalidad Rentística Superintendencia Financiera.

S= $\dfrac{\qquad\qquad\qquad\qquad\qquad\qquad}{0.1\,(1+0.004867)^{411,8}}$

S= **$317.476.468**[7]

TOTAL, LUCRO CESANTE FUTURO = $317.476.468

2.2.4.4. TOTAL, LUCRO CESANTE CONSOLIDADO + FUTURO = $360´062.445

Del cual se le calcula para indemnización solo el **57.67**% que es la pérdida de independencia funcional que tiene la victima de acuerdo dictamen de pérdida de capacidad laboral y ocupacional, para un total de **$207´648.012**

2.2.4.5. LIQUIDACIÓN PERJUICIOS INMATERIALES

a) Perjuicios morales;

De conformidad con la evolución de la jurisprudencia, la Sección Tercera del Consejo de Estado reconoce la reparación del daño moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

Para el efecto se fija como referente en la liquidación del perjuicio moral, en los eventos de lesiones, la valoración de la gravedad o levedad de la lesión reportada por la víctima. Su manejo se ha dividido en seis (6) rangos:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	SMLMV	**SMLMV**	**SMLMV**	**SMLMV**	**SMLMV**
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	1
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	1
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.

b) Daño a la salud.

[7] NOTA: Procedimiento 1+0.004867 =1.004867 (elevar 411,8) = 7.3843956105348862 – 1 = 6.3843956105348862 y 1+0.004867 = 1.004867 (elevar 411,8) = 7.3843956105348862 x 0.004867 = 0.0359398534364732911354. Entonces 6.3843956105348862 / 0.0359398534364732911354 = 177.64111425272898086566378333 X salario base liquidación $1.787.179= 317476468.92907792729451613457431 07 (se acerca $317.476.468)

El daño a la salud[8] gana claridad, exactitud y equidad donde los precisados perjuicios la pierden, puesto que siempre está referido a la afectación de la integridad psicofísica del sujeto, y está encaminado a cubrir no solo la modificación de la unidad corporal sino las consecuencias que las mismas generan, razón por la que, seria comprensivo de otros daños como el estético, el sexual, el psicológico, entre otros, sin que existiera la necesidad de ampliar en demasía la gama o haz de daños indemnizable, con lo que se conseguiría una sistematización del daño no patrimonial, para el presente caso, el Sr. HERNÁNDEZ es clara que el daño a la salud tras la pérdida de órgano de la visión.

Es necesaria la aplicación del principio de reparación integral, establecido en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998. Esto es, recuperar el significado primigenio del daño a la salud, que es el hilo conductor del daño inmaterial diferente de la moral que se pretende establecer, y a partir de allí indemnizar de acuerdo con los derechos fundamentales afectados patrimonialmente por el hecho dañoso.

c) Reparación del daño a otros bienes constitucionales protegidos y medidas de reparación integral

En el presente se hace importante analizar desde la perspectiva de la salud como un derecho humano, se debe tener en cuenta que a pesar de que la prestación del servicio de salud ha sido delegado en terceros, es responsabilidad del Estado y de todos los agentes del Sistema de Seguridad Social en Salud, sistema que comenzó a regir hace más de 23 años, por lo que hoy en día no hay ninguna justificación para que el servicio siga ofreciéndose dentro de niveles de baja calidad y con la barreras administrativas que causan graves daños a los afiliados, vulnerando la Dignidad humana, humanidad, justicia, universalidad, igualdad, prevalencia de derechos, autonomía, beneficencia (benevolencia) o no maledicencia, cooperación, equidad, solidaridad, calidad, integralidad, efectividad (búsqueda de mejores resultados en salud y calidad de vida), responsabilidad, enfoque diferencial (hay personas o grupos con características particulares que requieren especiales garantías), progresividad (actualidad inclusiva y ampliación gradual de prestaciones benéficas), libre escogencia (para elegir el sistema dentro de la oferta posible), sostenibilidad fiscal, transparencia, corresponsabilidad (autocuidado personal, familiar y colectivo), irrenunciabilidad del derecho a la salud, prevención (enfoque de precaución), continuidad del servicio para no poner en peligro al paciente, disponibilidad, aceptabilidad (respeto a la ética médica, a la cultura, a las minorías y de la cosmovisión en salud), accesibilidad universal al servicio, calidad e idoneidad profesional, interpretación prohomine y prosalud, oportunidad y equidad, entre otros.

Estos principios nodales en el Estado Constitucional, adviértase, el hondo contenido humano y social de la dignidad humana, por cuanto es la vida de las personas de lo que se trata de proteger.

2.2.4. RESUMEN DE PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES:

TIPO DE PERJUICIO	NOMBRE	NIVEL	GRAVEDAD DE LA LESIÓN[9]	TOTAL, SMLMV	TOTAL, M/CTE
INMATERIAL DAÑO MORAL[10]	MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIO C. C. 94432656	Victima	57.67%	100	

[8] CONSEJO DE ESTADO SECCION TERCERA, Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO, Bogotá D.C., catorce (14) de septiembre de dos mil once (2011), Radicación numero: 05001-23-25-00-1994-00020-01 (19031)

Daño en la vida de relación; Consejo de Estado; sala de lo contencioso administrativo, Sección Tercera, Sentencia 19 Julio de 2000. Exp. 11842. Consejero ponente: Dr. Alier Hernandez Enriquez. De la cuantificación del daño. Manual Teórico – Práctico. María Cistina Isaza Posse. Editorial Temis. Bogotá D.C. 2009

[9] Dictamen de CALIFICACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL emitido por Seguros Alfa, fecha 30 de marzo de 2022.

[10] Precedente: Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 31172, M.P. Olga Mélida Valle de De la Hoz.

TIPO DE PERJUICIO	NOMBRE	NIVEL	GRAVEDAD DE LA LESIÓN[9]	TOTAL, SMLMV	TOTAL, M/CTE
INMATERIAL DAÑO A LA SALUD	MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIO C. C. 94432656	Victima	57.67%	100	
MATERIAL – LUCRO CESANTE DEBIDO O CONSOLIDADO + LUCRO CESANTE FUTURO	MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIO C. C. 94432656	Victima	57.67%		$207´648.012
TOTAL	$407.648.012 (equivale a la suma de 200 SMLMV de 2022 + $207´648.012)				

2.2.5. Las sumas reconocidas por sentencia devengarán intereses comerciales durante los seis meses siguientes al fallo que homologue el acuerdo conciliatorio, y moratorios al vencimiento de dicho término, así mismo las sumas respectivas serán actualizadas.

2.2.6. A la sentencia respectiva se le dará cumplimiento en los términos estipulados en la ley.

2.2.7. Que se condenen a la parte demandada a costas y agencias en derecho causadas en este proceso.

3. HECHOS Y OMISIONES QUE FUNDAMENTAN LA PETICION

3.1. Mi cliente el señor MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS (en adelante Sr. HERNÁNDEZ) estaba afiliado a COOMEVA EPS, como cotizante desde octubre de 1999 hasta el día que fue trasladado a SALUD TOTAL EPS debido a la liquidación de la EPS mencionada anteriormente.

3.2. El Sr. HERNÁNDEZ, se desempeñaba como agente telefónico en la empresa SONDA S.A.S donde devengaba un salario de $1,700,000.

3.3. COOMEVA EPS presentó incumplimiento en los componentes técnico científico, financiero y jurídico de acuerdo con el plan de acción, por lo que el Superintendente Nacional de Salud, por medio de la Resolución 003287 de 2016 ordenó adoptar la medida preventiva de vigilancia especial por el término de seis (6) meses.

3.4. El Superintendente Nacional de Salud, el 15 de septiembre de 2016 expidió la Resolución 000013 del 15 de septiembre de 2016, donde expresamente ordenó a las IPS la eliminación de las barreras que obstaculicen, dificulten o limiten el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, la atención oportuna, accesibilidad y ordenó a las Entidades Territoriales la inspección y Vigilancia dentro su jurisdicción para efectos de verificar el cumplimiento de las presentes instrucciones, seguimiento que la SECRETARIA DE SALUD DE CALI no realizó en el presente caso donde las IPS pusieron todas las barreras administrativas para forzar el pago de las deudas de una EPS que desde ese mismo año no debía seguir funcionando.

3.5. COOMEVA EPS, continuaba presentando incumplimientos en los componentes financiero, jurídico y técnico-científico, el Superintendente Nacional de Salud ordenó, mediante la Resolución 001576 del 19 de mayo de 2017 prorrogar la medida de vigilancia especial a la EPS por el término de un (1) año, posteriormente, mediante la Resolución 005098 del 18 de mayo de 2018, por otro año más.

3.6. Que mediante la Resolución 10086 del 2 de octubre de 2018 la Superintendencia Nacional de Salud estableció las condiciones y plazos para realizar la actualización de la autorización de funcionamiento otorgada a Coomeva EPS, evidenciando que al primer semestre de 2018, Coomeva EPS presentaba incumplimientos en: a) las condiciones financieras y de solvencia establecidas en el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 (patrimonio adecuado y régimen de Inversiones de las reservas técnicas); b) en cobertura de red de servicios de salud de alta y baja complejidad y especialidades básicas para el régimen contributivo; c) en los indicadores de experiencia en la atención en: porcentaje de tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el POS, porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa, porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna; d) en los indicadores de gestión del riesgo en: tasa incidencia de sífilis congénita, porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal, porcentaje de captación de hipertensión arterial (HTA) en personas de 18 a 69 años en régimen contributivo, porcentaje de pacientes hipertensos controlados menores de 60 años y porcentaje de pacientes diabéticos controlados, y, f) ocupaba el tercer lugar dentro de las EPS del régimen contributivo con mayor tasa de PQRD. Por todo lo anterior, se concedió a la EPS un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el reporte de la totalidad de los documentos que soportaban el cumplimiento del 100% de los criterios y estándares para la autorización establecidos en la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 2515 de 2018, así mismo, dentro del artículo tercero se concedió un plazo de dos (2) meses para subsanar los incumplimientos de los literales b) y c)1 y a su vez en el artículo tercero de la citada resolución se concedió un plazo de tres (3) meses para subsanar los incumplimientos a los indicadores señalados en los literales a), d) y e).

3.7. A través de la Resolución 011687 del 20 de diciembre de 2018, el Superintendente Nacional de Salud aprobó la solicitud de plan de ajuste y recuperación financiera presentado por Coomeva EPS, en el sentido de acogerse a los plazos y tratamiento financiero especial previsto en el artículo 2.5.2.2.1.17 del Decreto 780 de 2016, adicionado por el artículo 4 del Decreto 2117 de 2016.

3.8. El día 16 de septiembre de 2019, a mi cliente el SR. HERNÁNDEZ, se le informó que requería una cirugía en el ojo derecho debido a descentramiento de LIO OD, para lo cual la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA de Cali quién era la entidad que para ese momento prestada lo servicios a COOMEVA EPS, emitió las órdenes para la autorización de la cirugía y la cotización del lente intraocular para el OD (ojo derecho).

3.9. Coomeva EPS no logró superar todos los hallazgos que dieron origen a la medida de vigilancia especial, en consecuencia, se hizo necesario prorrogar la medida preventiva de vigilancia especial impuesta a la EPS mediante la Resolución 09785 del 15 de noviembre de 2019 por el término de un (1) año.

3.10. Dichas órdenes fueron entregadas a COOMEVA EPS para que aprobara exámenes, cirugía, cotización para el lente intraocular, en su sala SIP en diciembre de 2019, sin embargo después de radicada la orden, COOMEVA EPS no brindó respuesta dentro de los términos que establece la Ley para dicho trámite; por el contrario días después de que mi cliente se acerca nuevamente a la SALA SIP para preguntar acerca de la autorizado del procedimiento que él requería, le informa funcionaria que su prestador de servicios ya no era la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, sino el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, esto supone como lo manifestó funcionaria de SALA SIP iniciar nuevamente el proceso con médico general.

3.11. Mediante Resolución No. 013000 del 13 de noviembre de 2020, se prorrogó la medida preventiva por el termino de nueve (9) meses.

3.12. Debido a la contingencia sanitaria que afectó a todo el mundo por motivos de la pandemia del Covid-19 y de acuerdo al confinamiento obligatorio, el proceso de mi cliente el SR. HERNÁNDEZ inició el 30 de Junio del 2020, para ese momento COOMEVA EPS solo atendía en SALA SIP vía correo electrónico: salasipvirtualsuroccidente@coomeva.com.co, mi cliente respetando el protocolo, radica orden, copia de la historia clínica, cotización del lente intraocular, para su respectiva autorización, sin embargo tampoco obtuvo respuesta dentro de los términos que establece la Ley aun

cuando el Instituto para NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, en la historia clínica refiere que la operación es “PRIORITARIA” ya que la presión está elevándose.

3.13. El día 21 de septiembre de 2020, mi cliente el SR. HERNÁNDEZ, al percatarse de la demora en respuesta, radicó a COOMEVA EPS vía correo electrónico, un derecho de petición para obtener respuesta sobre la orden de aprobación de la cirugía y de la cotización del lente intraocular para el ojo derecho, indicando que la cirugía es prioritaria. Sin embargo, nuevamente no se obtuvo respuesta por parte de COOMEVA EPS.

3.14. El día 27 de octubre del 2020, mi cliente el SR. HERNÁNDEZ, debido a la falta de respuesta por parte de COOMEVA EPS, acude al principal mecanismo constitucional que él como ciudadano colombiano tiene para hacer valer sus Derechos más fundamentales en este caso, su Derecho a la vida, y presenta ACCIÓN DE TUTELA contra COOMEVA E.P.S.

3.15. El día 10 de Noviembre del año 2020 mediante sentencia 186-2020 el Juzgado Veinte Civil Municipal del Cali, mediante fallo “ordena al representante legal de COOMEVA E.P.S. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, autorice y garantice la realización del procedimiento denominado “VITRECTOMÍA CON O SIN INSERCIÓN DE SILICON O GASES MAS ENDOLASER, RETIRO DE LIO DESENTRADO, IMPLANTE DE LIO SATURADO A ESCALERA EN OJO DERECHO” a mi cliente el señor MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIOS, en el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, toda vez que esta fue la última institución que lo auscultó por el direccionamiento de la E.P.S”.

3.16. El 17 de noviembre del 2020, en la sala SIP de COOMEVA EPS entrega a mi cliente la orden de cirugía impresa, con dicha autorización el SR. HERNÁNDEZ se dirigió al INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS, para radicar la orden de cirugía para su programación; sin embargo, el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS manifiesta que COOMEVA E.P.S. tiene que realizar el pago anticipado del procedimiento. Esta respuesta reposa por escrito y fue radicada en COOMEVA E.P.S. sin embargo transcurridos unas semanas más de que al parecer a mi cliente ya se le había autorizado por parte de COOMEVA EPS el procedimiento, este no se pudo realizar debido a que según respuesta de la IPS INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS, aún no se le había cancelado dicho procedimiento, esta dilatación absurda por parte de la EPS como de la IPS, generaron en mi cliente daños irreversibles en su ojo derecho.

3.17. El día 30 de noviembre del 2020 mi cliente el SR. HERNÁNDEZ, presenta incidente de desacato, por el no cumplimiento del fallo de tutela, en esta ocasión nuevamente se tutelan los Derechos fundamentales a la vida, a la salud y a la seguridad social.

3.18. El día 14 de Enero del 2021 mi cliente el SR. HERNÁNDEZ, interpone nuevamente incidente de desacato debido a que transcurridos aproximadamente dos años de emitida la orden por parte de la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, aún mi cliente no había recibido la atención necesaria para la salud de su ojo derecho por el contrario esos casi dos años mi cliente el SR. HERNÁNDEZ dedicó su tiempo, sus esfuerzos y su dinero, en buscar todos los mecanismos legales y constitucionales que el estado colombiano brinda para hacer garantizar sus Derechos más fundamentales, interpuso Derecho de petición, tutelas, incidentes de desacato, asimismo se comunicó con la SUPERINTENDENCIA DE SALUD para interponer queja por la demora en los servicios de salud, sin embargo tampoco obtuvo respuesta de fondo por parte de esta entidad del estado, mi cliente hizo todo lo que estaba legalmente a su alcance para poder acceder al servicio de salud de manera oportuna, sin embargo ninguno de estas entidades del estado, ni los mecanismos legales, le brindaron garantías por el contrario el SR, HERNÁNDEZ se vio enormemente perjudicado en su condición de salud.

3.19. El día 28 de mayo del 2021, trascurridos dos años después de la orden es cuando a mi cliente el SR. HERNÁNDEZ, COOMEVA EPS, le autoriza el procedimiento “VIRECTOMIA CON O SIN INSERCIÓN DE SILICON O GASES MAS ENDOLASER, RETIRO DE LIO DESENTRADO, IMPLANTE DE LIO SATURADO A ESCALERA EN OJO DERECHO” que es realizado por IPS INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS, sin embargo en el momento de estarse realizando el procedimiento médico, se pudo detectar que la condición del ojo derecho de mi cliente había empeorado, su diagnóstico inicial era un una RETINOPATÍA, pero debido a la demora administrativa,

la falta de oportunidad en la respuesta, la omisión que hicieron a los fallos de tutela e incidentes, la falta de seguimiento y cumplimiento de la normas por parte de entidades públicas a las cuales mi cliente acudió su diagnóstico ahora es GLAUCOMA NEO VASCULAR (vasos anómalos en el iris) por lo cual debe continuar un nuevo tratamiento, este diagnóstico sin duda se pudo haber evitado si se hubiera brindado una respuesta oportuna por parte de COOMEVA EPS, asimismo si la SECRETARIA DE SALUD DE CALI, SUPERINTENDENCIA DE SALUD, hubieran realizado a cabalidad el protocolo que exige la ley para salvaguardar los derechos fundamentales, como el derecho a la salud, a la vida, a la dignidad, mi cliente hubiera podido acceder a tiempo al procedimiento que el requería y no hubiera perdido la visión en su ojo derecho; mi cliente interpuso una tutela y dos incidentes de desacato, si bien es cierto hubo fallo a su favor, no se cumplió con las sanciones por desacato que la misma ley tiene contemplados para quien no cumpla un fallo proferido por un juez de la república, si se hubieran cumplido dichas sanciones contra COOMEVA EPS seguramente dicha entidad hubiera brindado respuesta a tiempo Y otra situación más favorable tendría mi cliente, pero como se puede evidenciar en los hechos, en las pruebas adjuntas a este escrito, todos le fallaron a mi cliente el señor MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS.

3.20. El Sr. HERNÁNDEZ, continuó en controles para el 17 y 23 de junio 2021 se encontró presión intraocular elevada del OD y se ordenó el procedimiento de ablación.

3.21. El 14 de septiembre de 2021 el Sr. HERNÁNDEZ, el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA registró que el paciente fue llevado a ablación de cuerpo ciliar en OD.

3.22. El Superintendente Nacional de Salud, mediante Resolución 20215100013230- 6 del 27 de septiembre de 2021, ordenó la intervención forzosa administrativa para administrar de Coomeva EPS, por el término de un (1) año, designando como INTERVENTOR al doctor Felipe Negret Mosquera, y a la a la firma BAKER TILLY COLOMBIA LTDA., como Contralor para el seguimiento a la medida de intervención forzosa administrativa para administrar, después de 5 años de mal funcionamiento e incumplimiento de requisitos de funcionamiento para continuar siendo EPS.

3.23. Mediante Resolución No. 2022320000000189-6 de 2022, el 25 de enero de 2022, el Superintendente Nacional de Salud ordenó la liquidación como consecuencia de la toma de posesión a COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A, después de 6 años, de intentos de corregir problemas claramente de fondo de una EPS que no tenía solución. Decisión de liquidación que si se hubiera tomado a tiempo hubiera evitado las barreras administrativas que causaron los daños al Sr. HERNÁNDEZ.

3.24. El 30 de marzo de 2022, la aseguradora SEGUROS ALFA, emitió un dictamen de pérdida de capacidad laboral por solicitud del Sr. HERNÁNDEZ, con una calificación del 57.67% como valor de deficiencia.

3.25. El 18 de mayo de 2022, a través de concepto de auditoría de calidad se emitió un concepto técnico médico que indicó: “La falla del servicio por parte de la EPS COOMEVA consiste en la falta de diligencia, oportunidad, eficiencia y pericia para el manejo adecuado de la patología presentada por el paciente MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS al no autorizar tratamiento quirúrgico requerido y solicitado por sus médicos tratantes oftalmólogos y subespecialistas en retina, lo que le implicó un retardo en la realización del procedimiento y la pérdida de la oportunidad de salvar su ojo y la visión”

4. FUNDAMENTOS DE DERECHO

4.1. Con relación al caso concreto, los hechos nos revelan la existencia de una falla del servicio por no haber recibido un servicio oportuno y eficaz, conforme lo prevén la Constitución y la Ley. La falla del servicio tiene sustento en la Constitución Nacional, Art. 2, 6, 11, 123, 124, 209, 217, con base en las disposiciones constitucionales mencionadas, el Consejo de Estado ha desarrollado la teoría de la responsabilidad extracontractual del Estado, por la denominada falla del servicio, noción dentro de la cual quedan comprometidos los hechos y omisiones generadores

de daños antijurídicos provenientes de comportamientos ilícitos descritos y reprimidos, cometidos por las autoridades públicas y que traen consigo la responsabilidad patrimonial del Estado. De ahí que la propia Carta disponga imperativamente que "*El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas*"

Vemos entonces como desde los hechos del caso en cuestión, se omitió el deber legal y constitucional, cuando las aquí demandadas desconocieron lo planteado como obligación del Estado, la salud y la seguridad social como servicios públicos a cargo del Estado, y así estipulados en los artículos 48 y 49 de dicha Carta Magna.

Tanto el régimen Contributivo, como el Subsidiado están basados en los principios generales consagrados en la Constitución Política, y de los cuales se desprenden reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud como:

> *"**Protección integral.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.*
>
> ***Calidad.** El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia."*[13]

En ese sentido, cuando la falla probada se funda en la "lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz" se debe observar que esta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente respecto del principio de integridad en la prestación del servicio, que comprende la atención de manera:

i. Oportuna: la persona recibe la atención en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores deterioros y dolores.

ii. Eficiente: los trámites administrativos a los que se somete el paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir.

i. De calidad: las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada. (C. P. Jaime Orlando Santofimio).

La mala prestación del servicio de salud, además de estar vulnerando el derecho fundamental a la salud, se están infringiendo todos los decretos que regulan de manera especial la prestación del servicio de salud; olvidando y pasando por altos el Sistema Obligatorio de Garantía de Seguridad Social en Salud (SOGCS), en el cual estipula características muy específicas para este caso en concreto, la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, regulado así en el decreto 1011 de 2006 artículo 3º:

> *"1º **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

*2. **Oportunidad**. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.*

*3. **Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.***

*4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales".*

*5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico**. (Subraya y negrilla fuera de texto original).***

Donde la obligación de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LA ALCALDÍA DE CALI - SECRETARIA DE SALUD DE CALI como entidades que coordinan, vigilan, controlan e inspeccionan lo relacionado la habilitación de los servicios médicos prestados por las IPS, se pasa a detallar:

La Superintendencia Nacional de Salud, cumple un rol esencial en la vigilancia del funcionamiento del sistema, dentro del que se encuentra el manejo de los recursos del sector salud, y en desarrollo de sus funciones, la Ley 1122 –modificada por la Ley 1438 de 2011- le ordenó tener en cuenta los siguientes ejes:

*"1. Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud. 2. Aseguramiento. Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud. **3. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.** 4. Atención al usuario y participación social. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud. **5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación.** 6. Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia. 7. Focalización de los subsidios en salud. Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales." (Subraya y negrilla fuera de texto)*

También, en el Decreto 2462 de 2013 detalla algunas de las funciones específicas de esta entidad, al modificar su estructura.

Siendo así que no tiene explicación el defectuoso funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud como ente con funciones como la vigilancia del financiamiento, aseguramiento, acciones y medidas especiales, que no tomara acciones a tiempo sobre la EPS COOMEVA que tenía problemas para cumplir los requisitos de habilitación para prestar el aseguramiento en salud desde el año 2016. Así mismo, con relación a la vigilancia de las IPS que pusieron todas las barreras administrativas que causaron el daño al Sr. HERNÁNDEZ.

Por otro lado, la **Secretaria de Salud de Cali**, era la encargada de verificar el cumplimiento de instrucción de remoción de barreras administrativas en las IPS, situación que fue reiterativa en el presente caso.

La falla del servicio de las entidades convocadas parte de no garantizar la continuidad de la prestación del servicio médico por problemas administrativos. Es que la falta de prestación oportuna y efectiva del servicio de salud debe ser objeto de vigilancia del Estado, ya que el mismo debe; "*garantizar la continuidad de la prestación de servicios médicos aún en presencia de problemas administrativos es un deber del Estado y de los operadores del sistema de salud"(* T-760 de 2008)

4.2. Partiendo del análisis del caso concreto, en el marco de la falla del servicio médico asistencial probada del servicio como título de imputación, se encuentra acreditado la falla propiamente dicha teniendo en cuenta el documental aportado y la responsabilidad de los actores del Sistema de Salud.

El derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha indicado que este debe ser integral:

> *"(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente[11] o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud"[12]*.

Cabe señalar que conforme a la jurisprudencia, la responsabilidad patrimonial por los daños causados con ocasión de la actividad médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional médico en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención del profesional médico, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico, actividades que están a cargo del personal paramédico o administrativo y de los agentes encargados de vigilar que el Sistema de Salud funcione adecuadamente.

Por otro lado, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido reiterativa en casos de falta de oportunidad como los siguientes:

- **Muerte de paciente por demora en la práctica de la laparotomía. Consejo de Estado – Sección Tercera, Subsección A, M.P. Hernán Andrade Rincón, Exp. 23632, 14 de marzo de 2013.**

  "Es un caso de una persona es trasladada al Hospital de III Nivel El Tunal de Bogotá, por dos agentes de Policía del Barrio Perdomo de esa misma ciudad y unos amigos, por cuanto presentaba heridas con arma blanca, al ser víctima de un atraco callejero, el paciente ingresa consciente, pero **se queja de un fuerte dolor abdominal**, después de mucho tiempo es ingresado a sala de cirugía y pasadas dos horas, el paciente no responde a las maniobras de

[11] En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004 MP Manuel José Cepeda Espinosa
[12] Corte Constitucional, sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; - 421 de 2007.

reanimación realizadas por el personal médico y asistencial y éste muere por "shock hipovolémico es decir desangrado o por anemia aguda.

El Consejo de Estado se pronunció indicando: "para el sub examine, resulta evidente **la pérdida de la oportunidad de recobrar la salud del paciente, toda vez que la omisión de la entidad demandada le restó oportunidades a la víctima de sobrevivir, puesto que -bueno es reiterarlo-, le dejó de brindar atención durante las dos primeras horas**, así como no realizó la trasfusión que necesitaba el paciente -pues no contaba con la suficiente cantidad de sangre- y, cuando finalmente se dio cumplimiento a dicho requerimiento, éste no pudo recobrar su salud y falleció horas después, por manera que ante un hecho evidente, como lo era la progresiva hemorragia del señor Urueña García, **la entidad demandada debió, en un primer momento, brindar la atención durante esas dos primeras horas de evolución de su cuadro clínico** y, en segundo término, disponer de la cantidad necesaria de sangre para transfundirlo antes de que su estado hubiere empeorado al punto de ser irreversible. Por lo tanto, la Sala declarará la responsabilidad del Hospital El Tunal III Nivel **por la pérdida de la oportunidad de curación y de sobrevivir**, la cual tiene relación y/o nexo directo con la actuación de dicha entidad. (…) la jurisprudencia frente a la tasación de este perjuicio, de carácter extrapatrimonial, ha considerado que, dada su especial naturaleza, no puede ser sino compensatoria, por lo cual, corresponde al juzgador, quien con fundamento en su prudente juicio debe establecer, en la situación concreta, el valor que corresponda, para cuyo propósito debe tener en cuenta la naturaleza y la gravedad de la aflicción y de sus secuelas, de conformidad con lo que se encuentre demostrado en el proceso".

Por lo anterior, estima que la Administración Pública demandada está llamada a responder patrimonialmente en este proceso, pero no por la muerte de dicha persona sino por la pérdida de la oportunidad en recuperar su salud; considera el actuar del centro hospitalario como negligente **al no realizar el procedimiento requerido por el paciente en un tiempo oportuno, pues no se pudo demostrar porque no se atendió en menos tiempo al paciente, es decir no existió una justificación si quiera dentro de la historia clínica la tardanza en dicho procedimiento**, razón por la cual se declaró patrimonialmente responsable al Hospital El Tunal III Nivel, por los perjuicios causados a los demandantes, y se condenó al hospital en mención, a título de pérdida de oportunidad"[13].

- **Falta de oportunidad por no realizar una valoración y diagnostico oportuno**[14]. **"la posibilidad de tratar a tiempo la complicación, lo que a su vez le habría permitido tener, al menos una expectativa seria, de recuperar su salud".**

"un actuar negligente de la clínica, pues de haber realizado una valoración y diagnóstico oportuno de la lesión sufrida en cirugía se hubiera facilitado el manejo adecuado de la situación, lo que sí pudo haber significado una oportunidad de corregir la patología detectada como en el siguiente caso de una paciente a la que se le realizó una histerectomía vaginal y durante el procedimiento quirúrgico se le perforó el recto, presentando una infección que derivó en la muerte he indico:

En la medida en que la Sala tiene por demostrado el daño consistente en la pérdida de oportunidad de sanar de la señora Ana Pilar Quiroz Díaz, ya que se trató de la vulneración a un interés legítimo que tenía la víctima, en este caso, el interés legítimo a sanar, que, dentro de la construcción de la pérdida de oportunidad, se enmarcaba en una ganancia – sanar – dejada de percibir, pues su deceso que se produjo como consecuencia de una complicación tras una cirugía.

---

[13]LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD Y SU APLICACIÓN EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA, EN LA JURISPRUDENCIA COLOMBIANA DESDE 1999 A 2018. YVONNE LILIANA VILLARREAL GUIZA. BOGOTÁ D.C. – 2020. Extraído https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/31443/TESIS%20LILIANA%20VILLARREAL.%2012.07.2020%20yv.pdf?sequence=1

[14] Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera - Subsección B. Actor: Manuel Antonio García y Otros Demandado: Luis Carlos Galán Sarmiento E.S.E. Consejero ponente: Alberto Montaña Plata Bogotá D.C., diez (10) de abril de dos mil diecinueve (2019). Radicación número: 25000-23-26-000-2005-01794-01(40916). Citado en TESIS. YVONNE LILIANA VILLAREAL GUIZA. Ibidem.

Con base en lo expuesto, como lo establece la jurisprudencia de esta Corporación, se acreditó un actuar negligente de la Clínica San Pedro Claver, pues de haber realizado una valoración y diagnóstico oportuno de la lesión sufrida en la cirugía, se "hubiera facilitado el lavado peritoneal más inmediato y la instauración de una antibioticoterapia más rápida con un manejo de UCI más orientado y adecuado", que si bien no garantizaba que se hubiera evitado la muerte de la paciente, sí pudo haber significado una oportunidad de corregir la patología detectada.

El daño consistente en la pérdida de oportunidad de sanar, **era un alea para la víctima directa, en la medida en que, científicamente no es posible determinar si la paciente se iba a salvar o no**. Sin embargo, de las pruebas que obran en el expediente, se logró acreditar que de haberse detectado a tiempo la complicación, habría contado con una posibilidad importante, suficiente y relevante para el derecho, de haberse superado la complicación médica, y esa posibilidad que fue truncada por el actuar negligente de la entidad demandada.

En efecto, de haberse realizado una valoración por cirugía a primera hora del 22 de julio de 2003, se pudo haber detectado la infección que presentaba la paciente y, de esta manera, habría contado con la posibilidad de tratar a tiempo la complicación, lo que a su vez le habría permitido tener, al menos una expectativa seria, de recuperar su salud"[15] (Subraya y negrilla fuera de texto)

- **Fallecimiento de paciente al ser operado tardíamente en un cuadro abdominal[16]**

"El 18 de julio de 1996, en las instalaciones del Hospital Thimothy Britton ubicado en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, a causa de una "falla cardiorespiratoria", ocurrida luego de una cirugía en la que se encontró una "peritonitis generalizada secundaria a apendicitis supurativa más colecistitis. La conducta negligente del personal médico a cargo del paciente, no se pudo catalogarse como las causas directas de la muerte, si le restaron la posibilidad de obtener una mejoría en su salud, pues estas fallas se probaron y son imputables al cuerpo médico y asistencial que cuidaban del hoy occiso, puesto que en las diferentes rondas realizadas por los médicos de planta del Hospital, no se tomaron en cuenta los síntomas que demostraban más allá de toda duda que la medida inicialmente adoptada no estaba contribuyendo con la mejoría del paciente".

Así las cosas, se evidencia que en los casos en que se encuentre probado un perjuicio derivado de la pérdida de oportunidad, como es el caso, estos perjuicios no pueden determinarse con fundamento en criterios técnicos, estadísticos y apoyándose en información objetiva y contrastada, en cuyo caso se ha acudido al criterio de la equidad como principio que el ordenamiento jurídico, impone tener en cuenta para efectos de reparar de forma integral el daño causado por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

Ahora bien, dado que no existe ninguna incompatibilidad entre el reconocimiento de los perjuicios ocasionados por el daño autónomo consistente en la pérdida de oportunidad de recuperación o de mejoría en su salud que aquí se ha detallado y la aflicción, angustia y congoja que en el plano puramente moral o inmaterial les generó la mencionada pérdida de oportunidad, la Sala hizo un reconocimiento por este específico concepto y declaró la responsabilidad administrativa de CAJANAL EPS y del Hospital Timothy Britton por la pérdida de oportunidad de mejoría del paciente"[17].

- **Muerte de paciente por retardo excesivo e injustificado en el diagnóstico y procedimientos indicados por la ciencia médica para confirmar el cuadro clínico descrito por el médico general[18]**

---

[15] VILLAREAL GUIZA (2020). Ibídem.
[16] Consejo de Estado – Sección Tercera, Subsección A, C.P. Mauricio Fajardo, Exp. 19755, 21 de marzo de 2012.
[17] VILLAREAL GUIZA (2020). Ibídem.
[18] Consejo de Estado – Sección Tercera, Subsección B, M.P. Danilo Rojas Betancourth, Exp. 31724, 31 de mayo de 2013.

"si bien no puede considerarse probada la relación de causalidad entre la actitud omisiva de la entidad demandada y la muerte del paciente, "sí está claramente acreditada aquélla que existe entre dicha actitud y la frustración de su chance de sobrevivir", por esta razón, la Sala declaró administrativamente responsable al Instituto de Seguros Sociales, por la pérdida de oportunidad causada al demandante Ciro Alfonso Guerrero Chacón y condenó al Instituto de Seguros Sociales a pagar por concepto de perjuicios morales a favor de Luis Alberto Guerrero Ferrer y María Rosario Chacón Rodríguez lo equivalente a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno de ellos; y a favor de Hugo Alberto Guerrero Chacón y Eddy Belén Guerrero Chacón lo equivalente a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En este caso, se señala que la institución demandada dejó de utilizar todos los recursos a su alcance para hacer un diagnóstico oportuno y adecuado de la patología padecida por un joven, lo cual a su vez, impidió iniciar prontamente el tratamiento requerido, pese a que el paciente fue atendido en el servicio de urgencias del ISS y que fue sometido a un conjunto de exámenes orientados hacia tal propósito, hubo un retardo excesivo e injustificado en el diagnóstico porque se dejaron de practicar oportunamente los procedimientos indicados por la ciencia médica para confirmar el cuadro clínico descrito por el médico general, pues el diagnóstico inicial fue un absceso facial interciliar (errado), siguió con sinusitis, bronquitis (errado), para terminar con una meningitis bacteriana diagnóstico final (correcto).

Este hecho tiene gran relevancia en este caso pues a efectos de determinar si el daño puede imputársele a la entidad, pues es evidente que la falta de un diagnóstico oportuno retardó la iniciación del tratamiento que hubiese podido salvarle la vida"[19].

- **Ciudadano fallece esperando atención médica oportuna y adecuada[20].**

"Ahora bien, vale la pena señalar que aunque es cierto que, según se extrae de los dictámenes, hay un porcentaje importante de casos en los que la realización oportuna de la cirugía resulta exitosa para salvar la vida del paciente, lo cierto es que nada en dichos dictámenes permite concluir que los porcentajes de sobrevida allí señalados apliquen para la condición específica del paciente Romero Arévalo quien, como se insiste, presentaba un amplio compromiso general y tuvo una evolución tórpida en pocas horas. Esta conclusión también excluye el que la Sala pueda tener por acreditada la causación del daño consistente en la pérdida de oportunidad de sobrevida en tanto que, de acuerdo con su jurisprudencia261, este tipo de daño sólo puede considerarse demostrado cuandoquiera que hay certeza sobre la oportunidad perdida, elemento que, justamente, falta en este caso. 11.5.3.4. Tampoco puede afirmarse que la muerte del señor Romero Arévalo sea atribuible a la falta de aplicación del antibiótico de que carecía la farmacia del hospital, o al hecho de que el paciente no hubiere sido remitido a un ente hospitalario que contara con unidad de cuidados intensivos desde antes de la realización de la cirugía, pues nada en el expediente permite concluir que se hubiere tratado de factores relevantes a la hora de interrumpir el curso patológico del paciente.

En esta ocasión, la Corporación sostuvo que **la falta de atención médica oportuna y adecuada** causó perjuicios morales al núcleo familiar cercano de la víctima, pues lo relevante para efectos de tasar este perjuicio fue la aflicción que pudo ocasionar el daño que se le imputó a la demandada, es decir, la falta de atención médica, aspecto que, generalmente, estará ligado a la envergadura de dicha falta[21]".

4.3. Sobre el perjuicio morales por lesiones, está más que probado con las historias clínicas siendo menester recordar la línea jurisprudencial del honorable Consejo de Estado, donde se concluye en términos generales, en efecto, se ha manifestado en numerosos pronunciamientos,

[19] VILLAREAL GUIZA (2020). Ibídem.
[20] Consejo de Estado – Sección Tercera, Subsección B, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo (E), Exp. 43841, 09 de agosto de 2018.
[21] VILLAREAL GUIZA (2020). Ibídem.

que se presume el perjuicio de inmaterial de orden moral; ello, a partir del contenido del artículo 42 de la Carta Política y de las máximas de la experiencia[22].

5. ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA.

Se tendrán en cuenta para determinar la competencia del despacho, los perjuicios materiales solicitados según los parámetros del 157 de la Ley 1437 de 2011, así las cosas, se estima la cuantía en $207´648.012 que equivale a 207,6 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, teniendo en cuenta la estimación presentada en el punto 2 de este escrito.

6.- PRUEBAS

Désele el valor que la ley otorgue a los documentos que acompañan este escrito de conformidad con el artículo 215 de la ley 1437 de 2011; 245 y 246 del Código General del Proceso y demás normas concordantes, en un archivo PDF, que POR su peso se comparte en el siguiente link: https://drive.google.com/drive/folders/1-izd4vAkhbsKIn3fnFyKSJaBAXC1WITV?usp=sharing y se relaciona así:

TIPO DOCUMENTO	HECHO OBJETO DE PRUEBA	PÁGINAS
Fotocopia de cedula de ciudadanía del Sr. HERNÁNDEZ	2.1.	1
Reporte Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud	2.1.	2 a 3
Contrato, certificación laboral y desprendible de pago empresa SONDA	2.2.	4 a 22
Copia de la historia clínica IPS CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE CALI	2.8 y 2.10	23 a 36
Copia de la historia clínica IPS INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA	2.12	37 a 154
Tutelas y desacatos	2.14, 2.15, 2.17, 2.18, 2.20 y 2.21	155 a 243
Circular 013 de 2016 y Resolución de liquidación COOMEVA EPS emitidas por la SNS	2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.9, 2.11, 2.22 y 2.23	243 a 288
Dictamen de CALIFICACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL	2.24	289 a 296
Auditoria médica de calidad de la atención	2.25	297 a 302

7.- ANEXOS

7.1. En el link https://drive.google.com/drive/folders/1-izd4vAkhbsKIn3fnFyKSJaBAXC1WITV?usp=sharing, un archivo PDF denominado PRUEBAS con lo enunciado en el punto 6.

---

[22] Al respecto ver Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias: Rad.15498 de 4 de diciembre de 2007 M.P. Enrique Gil Botero,
Rad.16186 de 23 de abril de 2008 M.P. Ruth Stella Correa Palacio, Rad.17988 de 2 de septiembre de 2009 M.P. Enrique Gil Botero, Rad.17738 de 10 de marzo de 2011 M.P. Mauricio Fajardo Gómez, Rad.20364 de 9 de febrero de 2011 M.P. Hernán Andrade Rincón, Rad. 20861 de 19 de octubre de 2011 M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Rad.22298 de 14 de marzo de 2012 M.P. Olga Mélida Valle de la Hoz, Rad.21848 de 14 de marzo de 2012 M.P. Enrique Gil Botero, entre otras.

7.2. Poder debidamente conferido en mensaje de datos.

7.3. Certificados de existencia y representación legal, RUP y pantallazo REPS

7.4. Constancia de agotamiento de conciliación extrajudicial en derecho.

8.- NOTIFICACIONES

Las entidades requeridas en conciliación fueron notificadas y pueden ser ubicadas así;

8.1. La parte demandada de acuerdo al siguiente cuadro:

Entidad	Dirección física	Correos electrónicos
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD NIT 860062187	Carrera 68A N°. 24B - 10, Torre 3, Piso 4, 9 y 10. Edificio Plaza Claro, Bogotá D.C	snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co (extraído de la página web)
ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD DE CALI NIT. 890399011-3	Centro Administrativo Municipal (CAM) Avenida 2 Norte #10 - 70. Santiago de Cali - Valle del Cauca	notificacionesjudiciales@cali.gov.co (extraído de la página web)
COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, 805000427-1	Calle 10 No. 4 -47 Piso 23 Edificio Corficolombiana, Cali Valle del Cauca	correoinstitucionaleps@coomeva.com.co y liquidacioneps@coomevaeps.com (extraídos del certificado de disolución)
INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, NIT. 8903033954.	Carrera 38 No 5B1 – 39 Barrio San Fernando Cali	luz.guzman@ciegosysordos.org.co y instituto@ciegosysordos.org.co (extraído del registro único de proponentes y del REPS)

8.2. La parte demandante así: en la Calle 72 i # 3N-03 barrio Floralia, en los celulares 319 2408371, 305 3976658 o en el correo electrónico: manuelhernandezrios@gmail.com

8.3. La presente apoderada: correo electrónico: marcela.ortizva@gmail.com y WhatsApp: 3188535067

Del respetado Juez,

Sandra Marcela Ortiz Valencia
C. C. 1.113.636.485
T. P. 364.183

Gmail **Tu Abogado en Salud y Pensión <tuabogadoensaludypension@gmail.com>**

Fwd:

Marcela Ortiz <marcela.ortizva@gmail.com> 3 de junio de 2022, 10:15
Para: Tu Abogado en Salud y Pensión <tuabogadoensaludypension@gmail.com>

---------- Forwarded message ---------
De: **Manuel Hernandez Rios** <manuelhernandezrios@gmail.com>
Date: mar., 31 de may. de 2022, 5:52 p. m.
Subject: Re:
To: Marcela Ortiz <marcela.ortizva@gmail.com>

Señores:
PROCURADOR DELEGADO ANTE LOS JUECES ADMINISTRATIVOS DEL CIRCUITO DE CALI
JUEZ ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI. SECCIÓN TERCERA (REPARTO)
Ciudad

Ref. PODER ESPECIAL

CONVOCANTES/DEMANDANTES: MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIOS (C. C. 94432656)

CONVOCADOS/DEMANDADOS:
1.SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, NIT 860062187:4
2.ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD DE CALI NIT. 890399011-3
3.COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, 805.000.427-1
4.CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE CALI S. A, 8903200328
5.INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, NIT. 8903033954

Yo, Manuel Desiderio Hernández Ríos (C. C. 94432656) en nombre propio, domiciliado y residente de la ciudad de Cali - Valle, manifestó respetuosamente que confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada Sandra Marcela Ortiz Valencia, domiciliada en la ciudad de Cali, identificada civil y profesionalmente como aparece al pie de su firma y correo electrónico: marcela.ortizva@gmail.com, debidamente inscrito en el Registro Nacional de Abogados en concordancia con el artículo 5 del Decreto 806 de 2020.

El anterior profesional, iniciará y llevará a su término en nuestro nombre y representación, los siguientes mandatos:

La representación, proyección, radicación, trámite y gestión de la CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL (de conformidad con la ley 1285 del 2009 y demás normas concordantes) y el MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA (artículo 140 de la ley 1437 del 2.011), con citación de las convocadas/ demandadas relacionadas en la referencia, representados legalmente por el Superintendente, Alcalde, Gerente o quien haga esas veces, con el fin de conciliar los perjuicios materiales e inmateriales u agotar el requisito de procebilidad y/o para obtener reparación por los perjuicios materiales e inmateriales causados como consecuencia de los hechos u omisiones ocurridos desde el 16 de septiembre de 2019 al 14 de septiembre de 2021 ante la falla del servicio por parte de la EPS COOMEVA consiste en la falta de diligencia, oportunidad, eficiencia y pericia para el manejo adecuado de la patología presentada por el paciente MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS al no autorizar tratamiento quirúrgico requerido y solicitado por sus médicos tratantes oftalmólogos y subespecialistas en retina, lo que le implicó un retardo en la realización del procedimiento y la pérdida de la oportunidad de salvar su ojo y la visión. Las barreras administrativas presentadas por las IPS CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE CALI S. A, 8903200328 y el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, NIT. 8903033954 y la clara omisión de cumplimiento de responsabilidades de los agentes del SGSSS, como lo son: la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, NIT 860062187:4 y la ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD DE CALI NIT. 890399011-3.

En ejercicio del poder conferido, mi apoderado queda ampliamente facultado para conciliar judicial y extrajudicialmente, recibir, cobrar, transigir, desistir, corregir, y adicionar la solicitud de conciliación, medio de control de reparación directa, presentar peticiones y acciones de tutela, radicar solicitud de indemnización frente aseguradoras, interponer recursos y sustentarlos, sustituir libremente este poder y reasumirlo y, en general, para todo cuanto en derecho estime conveniente en representación de mis intereses y realizar todas aquellas gestiones que el ejercicio del mandato conlleva, de conformidad a lo estipulado en el artículo 77 del Código General del Proceso.

Atentamente,

_____
Manuel Desiderio Hernández Ríos
C. C. 94432656
Dirección: Calle 73 # 2bn -87 barrio floralia.
Cel-WhatsApp: 3053976658 y 3192408371
Correo electrónico: manuelhernandezrios@gmail.com

Acepto,

_____
Sandra Marcela Ortiz Valencia
CC. _____ de_____
TP. _____del C. S. de la J.
Cel:
Correo electrónico: marcela.ortizva@gmail.com

Atentamente

Manuel Hernández Ríos

Celular y WhatsApp: +57 319 2408371 y +57 305 3976658

Get TypeApp for Android
On 31 May 2022, at 5:09 pm, Marcela Ortiz <marcela.ortizva@gmail.com> wrote:

> hola Manuel,
>
> te envio el poder en mensaje de datos, no es necesario la firma ni la huella, con el simple hecho que a través de correo electrónico aceptes las facultades y datos al final esta perfecto. me lo reenvias por favor



PODER ESPECIAL

En Palmira, Valle de Cauca, a los 21 días del mes de Febrero de 2022, comparece **MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS**, de nacionalidad colombiana, de estado civil soltero, con domicilio real en la calle 73 N°2BN87 en la Ciudad de Cali comprobando su identidad con número de cédula 94.432.656 y expone:

Que da y confiere poder especial a favor de **SANDRA MARCELA ORTIZ VALENCIA** abogada, identificada con número de cedula 1113.6363.485 con número de tarjeta profesional 364183 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su nombre y **representación, ya sea conjunta, separada o alternativamente intervenga en el juicio por Negligencia médica contra EPS COOMEVA Y REPARACIÓN DIRECTA AL ESTADO** y/o quien resulte responsable.

Al efecto faculta para que se presente ante las autoridades que corresponda, con escrito, documentos y cuantos justificativos creyera necesario, ya sea en soporte papel o mediante la utilización de presentaciones electrónicas, como así también constituir domicilio electrónico y recibir las notificaciones que a su nombre allí se diligencien, pudiendo demandar y contra demandar, contestar demanda y contra demanda, apelar, recusar, decir de nulidad, prestar cauciones y juramentos, tachar y presentar testigos, proponer y nombrar toda clase de peritos, árbitros, arbitradores, síndicos y recusarlos, poner y absolver posiciones, oponer y contestar toda clase de recursos, diligenciar toda clase de oficios cuanta otra facultad más le fuera necesaria, para mejor desempeño de este mandato y hasta su completa terminación con todos sus incidentes.

Sírvase por tanto señor Juez, reconocerle la personería a mí apoderada en los términos y para los efectos del siguiente poder.

Este poder se sustenta de acuerdo al Código General del Proceso Artículo 75. Designación y sustitución de apoderados

Atentamente,

94432656 Cali

MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS
C.C. 94.432.656
ACEPTO

SANDRA MARCELA ORTIZ VALENCIA
C.C. 1113.636.485
TP 364183 C.S.J.

Escaneado con CamScanner

NOTARIA SEGUNDA
DEL CIRCULO DE PALMIRA - VALLE
Dr. Fernando Vélez Rojas
NOTARIO

NOTARÍA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE PALMIRA

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO Y FIRMA

Verificación Biométrica Decreto-Ley 19 de 2012

Palmira 2022-02-21 09:20:46

bagf5



El suscrito Notario Segundo del Círculo de Palmira, certifica que el compareciente:

Ante el suscrito Notario Segundo del Círculo de Palmira Compareció: ORTIZ VALENCIA SANDRA MARCELA C.C. 1113636485

y declaró: Que el contenido del anterior documento es cierto y que la firma que lo autoriza fue puesta por él. autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y dat biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.co para verificar este documento.

PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE

En constancia firma. _____ FIRMA

FERNANDO VELEZ ROJAS NOTARIO

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO Y FIRMA

Verificación Biométrica Decreto-Ley 19 de 2012

Palmira 2022-02-21 09:20:47

bagf6



El suscrito Notario Segundo del Círculo de Palmira, certifica que el compareciente:

Ante el suscrito Notario Segundo del Círculo de Palmira Compareció: HERNANDEZ RIOS MANUEL DESIDERIO C.C. 94432656

y declaró: Que el contenido del anterior documento es cierto y que la firma que lo autoriza fue puesta por él autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y da biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.c para verificar este documento.

PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE

En constancia firma. _____ FIRMA

NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE PALMIRA
FERNANDO VELEZ ROJAS

Escaneado con CamScanner

Camara de Comercio de Cali

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 24/05/2022 07:57:45 pm

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social:	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A EN LIQUIDACION
Sigla:	COOMEVA E.P.S. S.A.
Nit.:	805000427-1
Domicilio principal:	Cali

MATRÍCULA

Matrícula No.:	399293-4
Fecha de matrícula en esta Cámara:	10 de abril de 1995
Último año renovado:	2021
Fecha de renovación:	31 de marzo de 2021
Grupo NIIF:	Grupo 5

LAS PERSONAS JURÍDICAS EN ESTADO DE LIQUIDACIÓN NO TIENEN QUE RENOVAR LA MATRÍCULA MERCANTIL DESDE LA FECHA EN QUE SE INSCRIBIÓ EL DOCUMENTO QUE DA INICIO AL PROCESO DE LIQUIDACIÓN. (ARTÍCULO 31 LEY 1429 DE 2010, NUMERAL 2.1.3.13, CAPÍTULO SEGUNDO, TÍTULO VIII DE LA CIRCULAR ÚNICA DE LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO).

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal:	KR 100 # 11 - 60 LC 250 Y 14
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico:	liquidacioneps@coomevaeps.com
Teléfono comercial 1:	3182400
Teléfono comercial 2:	3182400
Teléfono comercial 3:	3182400
Página web:	www.coomeva.com.co
Dirección para notificación judicial:	KR 100 # 11-60 LOCAL 250
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico de notificación:	correoinstitucionaleps@coomevaeps.com
Teléfono para notificación 1:	3182400
Teléfono para notificación 2:	3182400
Teléfono para notificación 3:	No reportó

La persona jurídica COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A SI autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 1597 del 07 de abril de 1995 Notaria Sexta de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 10 de abril de 1995 con el No. 2878 del Libro IX ,se constituyó sociedad de naturaleza Comercial denominada COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA:COOMEVA E.P.S. S.A.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Demanda de:VIVIANA MARCELA GARACIA DIAZ, DIEGO ARMANDO GARCIA DIAZ , MARIA ASCENCION CEPEDA DE DIAZ.
Contra:COOMEVA EPS
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:VERBAL R.C.E.
Documento: Oficio No.0564 del 03 de agosto de 2021
Origen: Juzgado Once Civil Del Circuito de Bucaramanga
Inscripción: 03 de agosto de 2021 No. 1283 del libro VIII

Por Resolución Nro. 006045 del 27 de mayo de 2021, inscrita en la Cámara de Comercio el 31 de mayo de 2021 bajo el Nro. 10694 de libro IX, la Superintendencia Nacional de Salud, tomó inmediata posesión de los bienes, haberes y negocios de la sociedad COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A.

Por Resolución No. 20215100013230-6 del 27 de Septiembre de 2021, inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de Octubre de 2021 con el No. 18478 del libro IX, la Superintendencia Nacional de Salud resolvió ordenar la INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA ADMINISTRAR la sociedad COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A, por el término de un (1) año.

Por Resolución No. 2022320000000189-6 del 25 de enero de 2022, inscrita en esta Cámara de Comercio el 02 de febrero de 2022 con el No. 1571 del Libro IX, la Superintendencia de Salud ordena la liquidación como consecuencia de la toma de posesión de COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A.

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

DISOLUCIÓN

Por Resolución No. 2022320000000189-6 del 25 de enero de 2022 Superintendencia Nacional De Salud ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 02 de febrero de 2022 con el No. 1571 del Libro IX ,se ordenó la disolución de la Sociedad

CAPITAL

	CAPITAL AUTORIZADO
Valor:	$600,000,000,000
No. de acciones:	3,000,000,000,000
Valor nominal:	$0.2
	CAPITAL SUSCRITO
Valor:	$313,467,422,141
No. de acciones:	1,567,337,110,705
Valor nominal:	$0.2
	CAPITAL PAGADO
Valor:	$313,467,422,141
No. de acciones:	1,567,337,110,705
Valor nominal:	$0.2

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Resolución No. 2022320000000189-6 del 25 de enero de 2022, de Superintendencia Nacional De Salud, inscrito en esta Cámara de Comercio el 02 de febrero de 2022 con el No. 1574 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
LIQUIDADOR	FELIPE NEGRET MOSQUERA	C.C.10547944

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

REVISORES FISCALES

Por Resolución No. 20215100013230-6 del 27 de septiembre de 2021, de Superintendencia Nacional De Salud, inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de octubre de 2021 con el No. 18480 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
CONTRALOR	BAKER TILLY COLOMBIA LTDA	Nit.800249449-5

Por documento privado del 28 de septiembre de 2021, de Superintendencia Nacional De Salud, inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de octubre de 2021 con el No. 18481 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
CONTRALOR	HENRY CRUZ HERNANDEZ	C.C.79950715

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E.P. 3376 del 28/07/1995 de Notaria Sexta de Cali	6104 de 28/07/1995 Libro IX
E.P. 2657 del 04/06/1997 de Notaria Septima de Cali	4178 de 10/06/1997 Libro IX
E.P. 2209 del 14/07/1999 de Notaria Primera de Cali	4880 de 16/07/1999 Libro IX
E.P. 1787 del 09/06/2000 de Notaria Primera de Cali	4427 de 22/06/2000 Libro IX
E.P. 4991 del 24/11/2004 de Notaria Primera de Cali	13653 de 21/12/2004 Libro IX
E.P. 2001 del 11/05/2006 de Notaria Primera de Cali	5907 de 12/05/2006 Libro IX
E.P. 3406 del 16/08/2006 de Notaria Primera de Cali	9737 de 18/08/2006 Libro IX
E.P. 5507 del 17/12/2007 de Notaria Primera de Cali	943 de 29/01/2008 Libro IX
E.P. 1581 del 29/04/2008 de Notaria Primera de Cali	5334 de 15/05/2008 Libro IX
E.P. 1750 del 17/06/2009 de Notaria Primera de Cali	7082 de 19/06/2009 Libro IX
E.P. 820 del 01/07/2010 de Notaria Primera de Cali	8111 de 07/07/2010 Libro IX
E.P. 1581 del 09/10/2012 de Notaria Primera de Cali	12238 de 12/10/2012 Libro IX
E.P. 1673 del 05/12/2014 de Notaria Primera de Cali	596 de 20/01/2015 Libro IX
E.P. 1539 del 13/10/2015 de Notaria Primera de Cali	21965 de 29/10/2015 Libro IX
E.P. 1977 del 18/12/2015 de Notaria Primera de Cali	24456 de 22/12/2015 Libro IX
E.P. 18 del 12/01/2016 de Notaria Primera de Cali	333 de 13/01/2016 Libro IX
E.P. 506 del 13/04/2018 de Notaria Primera de Cali	7924 de 27/04/2018 Libro IX
E.P. 252 del 02/02/2021 de Notaria Veintiuno de Cali	1945 de 08/02/2021 Libro IX
E.P. 2586 del 02/07/2021 de Notaria Veintiuno de Cali	13241 de 15/07/2021 Libro IX

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8430
Actividad secundaria Código CIIU: 8691
Otras actividades Código CIIU: 8622
Otras actividades Código CIIU: 8621

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre:	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Matrícula No.:	399294-2
Fecha de matricula:	10 de abril de 1995
Ultimo año renovado:	2021
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	KR 61 # 9 - 250
Municipio:	Cali

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Nombre: PUNTO DE ATENCION YUMBO COOMEVA EPS S.A.
Matrícula No.: 661976-2
Fecha de matricula: 29 de junio de 2005
Ultimo año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL 6 # 4 - 47 OF 101 CENTRO EMPRESARIAL
Municipio: Yumbo

Nombre: PUNTO DE ATENCION JAMUNDI COOMEVA EPS S.A.
Matrícula No.: 661977-2
Fecha de matricula: 29 de junio de 2005
Ultimo año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CRA. 8 No. 6 03
Municipio: Jamundi

Nombre: PUNTO DE ATENCION IMBANACO COOMEVA EPS S.A
Matrícula No.: 787737-2
Fecha de matricula: 31 de marzo de 2010
Ultimo año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL. 15 No. 38D 153
Municipio: Cali

Nombre: PUNTO DE ATENCION TEQUENDAMA COOMEVA EPS S.A
Matrícula No.: 787739-2
Fecha de matricula: 31 de marzo de 2010
Ultimo año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL. 6 No. 42 70
Municipio: Cali

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Nombre: PUNTO DE ATENCION COLSALUD COOMEVA EPS S.A
Matrícula No.: 787740-2
Fecha de matricula: 31 de marzo de 2010
Ultimo año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CRA. 2 No. 57 05
Municipio: Cali

Nombre: PUNTO DE ATENCION ORIENTE COOMEVA EPS S.A
Matrícula No.: 787741-2
Fecha de matricula: 31 de marzo de 2010
Ultimo año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CRA. 12A No. 52 32
Municipio: Cali

Nombre: PUNTO DE ATENCION NORTE COOMEVA EPS S.A
Matrícula No.: 787743-2
Fecha de matricula: 31 de marzo de 2010
Ultimo año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: AV ESTACION # 5C NORTE - 56
Municipio: Cali

Nombre: UNIDAD DE MEDICINA LABORAL UML CALI
Matrícula No.: 872606-2
Fecha de matricula: 28 de mayo de 2013
Ultimo año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL 7 # 41 - 34 PI 3
Municipio: Cali

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Nombre:	COOMEVA EPS SA P7
Matrícula No.:	980897-2
Fecha de matricula:	21 de marzo de 2017
Ultimo año renovado:	2021
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	CARRERA 100 NO 11 -60 LOCAL P7
Municipio:	Cali

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

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO QUE TIENE MATRICULADOS EL COMERCIANTE EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1201 del libro VIII

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION YUMBO COOMEVA EPS S.A.

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1202 del libro VIII

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION JAMUNDI COOMEVA EPS S.A.

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1203 del libro VIII

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION IMBANACO COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1204 del libro VIII

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION TEQUENDAMA COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1205 del libro VIII

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION COLSALUD COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1206 del libro VIII

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION ORIENTE COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1207 del libro VIII

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION NORTE COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1208 del libro VIII

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO UNIDAD DE MEDICINA LABORAL UML CALI

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1209 del libro VIII

Embargo de:SANTA MARÍA IPS LTDA. EN LIQUIDACIÓN
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO COOMEVA EPS SA P7

Proceso:EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA
Documento: Oficio No.31 del 13 de julio de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Municipal de Cali
Inscripción: 23 de julio de 2021 No. 1210 del libro VIII

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Embargo de:DINAMICA I.P.S. S.A
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1582 del 13 de agosto de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 02 de septiembre de 2021 No. 1531 del libro VIII

Embargo de:DINAMICA I.P.S. S.A.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION NORTE COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1582 del 13 de agosto de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 02 de septiembre de 2021 No. 1532 del libro VIII

Embargo de:SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1457 del 28 de julio de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 04 de octubre de 2021 No. 1763 del libro VIII

Embargo de:SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION YUMBO COOMEVA EPS S.A.

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1457 del 28 de julio de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 04 de octubre de 2021 No. 1764 del libro VIII

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Embargo de:SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION JAMUNDI COOMEVA EPS S.A.

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1457 del 28 de julio de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 04 de octubre de 2021 No. 1765 del libro VIII

Embargo de:SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION IMBANACO COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO SINGUILAR
Documento: Oficio No.1457 del 28 de julio de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 04 de octubre de 2021 No. 1766 del libro VIII

Embargo de:SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION TEQUENDAMA COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1457 del 28 de julio de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 04 de octubre de 2021 No. 1767 del libro VIII

Embargo de:SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION COLSALUD COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1457 del 28 de julio de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 04 de octubre de 2021 No. 1768 del libro VIII

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Embargo de:SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PUNTO DE ATENCION NORTE COOMEVA EPS S.A

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1457 del 28 de julio de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 04 de octubre de 2021 No. 1769 del libro VIII

Embargo de:SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO UNIDAD DE MEDICINA LABORAL UML CALI

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1457 del 28 de julio de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 04 de octubre de 2021 No. 1770 del libro VIII

Embargo de:SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO COOMEVA EPS SA P7

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1457 del 28 de julio de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 04 de octubre de 2021 No. 1771 del libro VIII

Embargo de:LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1.831-1 del 11 de octubre de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 19 de octubre de 2021 No. 1913 del libro VIII

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Embargo de:LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1.831-1 del 11 de octubre de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 19 de octubre de 2021 No. 1914 del libro VIII

Embargo de:LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1.831-1 del 11 de octubre de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 19 de octubre de 2021 No. 1915 del libro VIII

Embargo de:LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1.831-1 del 11 de octubre de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 19 de octubre de 2021 No. 1916 del libro VIII

Embargo de:LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1.831-1 del 11 de octubre de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 19 de octubre de 2021 No. 1917 del libro VIII

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

Embargo de:LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1.831-1 del 11 de octubre de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 19 de octubre de 2021 No. 1918 del libro VIII

Embargo de:LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1.831-1 del 11 de octubre de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 19 de octubre de 2021 No. 1919 del libro VIII

Embargo de:LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1.831-1 del 11 de octubre de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 19 de octubre de 2021 No. 1920 del libro VIII

Embargo de:LINEAS AEREAS DEL NORTE DE SANTANDER S.A.S.
Contra:COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A
Bienes embargados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:EJECUTIVO SINGULAR
Documento: Oficio No.1.831-1 del 11 de octubre de 2021
Origen: Superintendencia Nacional De Salud
Inscripción: 19 de octubre de 2021 No. 1921 del libro VIII

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $2,746,346,491

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU:8430

****

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08225DCZRU

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



Camara de Comercio de Cali

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 24/05/2022 07:58:18 pm

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social:	CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A
Nit.:	890320032-8
Domicilio principal:	Cali

MATRÍCULA

Matrícula No.:	94462-4
Fecha de matrícula en esta Cámara:	21 de julio de 1981
Último año renovado:	2022
Fecha de renovación:	08 de marzo de 2022
Grupo NIIF:	Grupo 2

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal:	KR 47 # 8 C - 94
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico:	notificaciones@clinicaofta.com
Teléfono comercial 1:	5520890
Teléfono comercial 2:	5110200
Teléfono comercial 3:	3182098424
Página web:	www.clinicaofta.com
Dirección para notificación judicial:	KR 47 # 8 C - 94
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico de notificación:	notificaciones@clinicaofta.com
Teléfono para notificación 1:	5520890
Teléfono para notificación 2:	5110200
Teléfono para notificación 3:	3176205285

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

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 3964 del 09 de julio de 1981 Notaria Segunda de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 1981 con el No. 46933 del Libro IX ,se constituyó sociedad de naturaleza Comercial denominada CLINICA DE OFTALMOLOGIA Y CIA LTDA

REFORMAS ESPECIALES

Por Escritura Pública No. 918 del 03 de junio de 1992 Notaria Quince de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de junio de 1992 con el No. 54133 del Libro IX ,se transformó de SOCIEDAD LIMITADA en SOCIEDAD ANÓNIMA bajo el nombre de CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A .

TERMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es 09 de julio del año 2080

OBJETO SOCIAL

Prestación de servicios en salud, médicos oftalmológicos y similares; la adquisición, suministro, venta, explotación y distribución de toda clase de artículos ópticos, farmacológicos, aparatos e instrumentos relacionados con el ramo; la representación comercial de productos nacionales o extranjeros destinados a la medicina y oftalmología en general; la creación, manejo y dirección y asesoría de empresas propias o ajenas, que tengan el mismo o similar objeto social, pudiendo invertir en ellas con facultad para asociarse con las mismas; la creación, montaje y manejo de droguerías, clínicas u hospitalarias especializados en cualquier rama de la medicina; la importación o adquisición de equipos oftalmológicos.

En desarrollo de su objeto social la sociedad podrá: A) Realizar toda clase de actos o contratos que sean necesarios para cumplir su objeto social; B) Dar o recibir dinero en mutuo, con o sin garantía; C) Dar en garantía de sus obligaciones, bienes muebles o inmuebles de la sociedad; D) Girar, endosar, aceptar, cobrar, protestar o cancelar títulos valores bonos documentos de deber y otros efectos civiles o comerciales; E) Importar o exportar bienes y servicios; F) Celebrar los contratos de prestación de servicios médicos oftalmológicos, individuales o colectivos que sean necesarios; G) Obtener y explotar concesiones, privilegios y patentes de inversión que tengan relación con las actividades médicas en general; H) Adquirir a cualquier título y enajenar en cualquier forma bienes raíces, construcciones, instalaciones, bienes muebles necesarios o convenientes al desarrollo de su objeto social; I) Tomar o dar en arrendamiento bienes raíces o muebles; J) Suscribir acciones de capital, transformarse, incorporarse o fusionarse con otra u otras sociedades que tengan por objeto actividades similares o complementarias; K) Celebrar contratos de cuenta corriente con establecimientos financieros y en general, realizar todo otro negocio de crédito destinados a facilitar

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

la marcha de la compañía; L) Celebrar todos los actos, contratos y operaciones que tengan relación directa con su objeto social.

CAPITAL

	CAPITAL AUTORIZADO
Valor:	$1,500,000,000
No. de acciones:	2,223,870
Valor nominal:	$674.5
	CAPITAL SUSCRITO
Valor:	$1,227,479,250
No. de acciones:	1,819,834
Valor nominal:	$674.5
	CAPITAL PAGADO
Valor:	$1,227,479,250
No. de acciones:	1,819,834
Valor nominal:	$674.5

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad corresponde al gerente y en caso de faltas temporales o absolutas al suplente de aquel.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Funciones del gerente: corresponde al gerente de la sociedad: A) Administrar la clínica y la sociedad en general. B)...; C)..; D)...; E) Constituir apoderados especiales para llevar la representación judicial o extrajudicial de la compañía en los litigios que ella promueva o que se le promuevan, o para determinados negocios, e investirlos de la facultades que sean necesarias para el logro de los intereses de la compañía o de los fines propuestos. F) Dentro de los límites de naturaleza y cuantía señalados en el objeto social y en armonía con el artículo 39, adquirir y enajenar, poseer y tener a cualquier título toda clase de bienes, gravarlos y limitar su dominio o entregarlos a titulo prendario de las obligaciones sociales; alterar la forma de los bienes raíces por su naturaleza o su destino; comparecer en los juicios en que se dispute la propiedad de los bienes sociales; desistir, recurrir, transigir y comprometer en negocios de cualquier naturaleza que fueren; dar y recibir dinero en mutuo, estipulando plazo, intereses y garantías, hacer depósitos en bancos; girar, otorgar, avalar, protestar, aceptar, endosar, cobrar, pagar, negociar cheques, pagares, letras de cambio, giros, bonos, cartas de porte, conocimientos de embarque, facturas cambiarias de compraventa y transporte, certificados de depósito a término y cualesquiera otros títulos valores; aceptar y ceder créditos, novar obligaciones, hacer depósitos de mercancías y negociar los correspondientes certificados de depósito o los bonos de

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

prenda sobre tales mercancías; celebrar contratos de fiducia; G) Crear y suprimir cargos, detallarles funciones, designar las personas que deban ocuparlos, señalarles remuneración suscribiendo los respectivos contratos de trabajo; H) Representar a la compañía ante las autoridades políticas, administrativas, nacionales, departamentales, y municipales y ante las autoridades jurisdiccionales y del ministerio público y en general, celebrar todos los actos y contratos permitidos por la ley y necesarios y conducentes al logro de los fines sociales de la compañía; I) Desempeñar las demás funciones que le impongan los estatutos, cumplir las órdenes y ejercer las facultades que le delegue la asamblea general de accionistas y la junta directiva.

Funciones de la junta directiva entre otras las siguientes, entre otras: J) Autorizar todo acto o contrato que tenga por objeto adquirir, enajenar, gravar o limitar inmuebles y activos fijos de la compañía o dar en prenda muebles y todos aquellos distintos de los anteriores cuya cuantía exceda del equivalente a un mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales, vigentes en Colombia requisito sin el cual el acto o contrato es inoponible a la sociedad

Parágrafo: La junta directiva se entiende investida de atribuciones suficientes para ordenar que se ejecute o celebre cualquier acto o contrato comprendido dentro del objeto social y para tomar las determinaciones necesarias en orden a que la sociedad cumpla sus fines, a menos que expresamente en los estatutos se diga otra cosa.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 631 del 26 de febrero de 2019, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 17 de abril de 2019 con el No. 6370 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	JESSICA ORREGO GRAJALES	C.C.1094889760

Por Acta No. 664 del 27 de octubre de 2020, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 23 de noviembre de 2020 con el No. 17530 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE	ANGELA LILIAN BARONA MEDINA	C.C.66956410

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No. 102 del 25 de marzo de 2021, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 02 de junio de 2021 con el No. 10892 del Libro IX, Se designó a:

PRINCIPALES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GUILLERMO ALBERTO CHAUX TORRES	C.C.14971667
HENRY ALBERTO RAMIREZ ROJAS	C.C.16449822
ALBERTO JOSE CASTRO ZAWADZKI	C.C.14974933
MAURICIO GIRALDO LONDOÑO	C.C.16782217
MARIA XIMENA NUÑEZ GIRON	C.C.38655181

SUPLENTES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
CARLOS EDUARDO CANO VARGAS	C.C.16654389
GEANCARLO STORINO PALACIO	C.C.16272400
HUGO HERNAN OCAMPO DOMINGUEZ	C.C.16764415
JAIRO MEDINA TOVAR	C.C.14963956
ANGELA MARIA DOLMETSCH CUEVAS	C.C.31905574

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 102 del 25 de marzo de 2021, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 02 de junio de 2021 con el No. 10893 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL	GONZALO MILLAN C. & ASOCIADOS, AUDITORES Y CONSULTORES DE NEGOCIOS S.A.	Nit.890309421

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

Por documento privado del 20 de abril de 2021, de Gonzalo Millan C. & Asociados, Auditores Y Consultores De Negocios, S. A., inscrito en esta Cámara de Comercio el 02 de junio de 2021 con el No. 10896 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	MONICA HELLEN RIVERA GALINDEZ	C.C.66994386 T.P.104223-T
REVISOR FISCAL SUPLENTE	ANGELA MARIA DIAZ OSPINA	C.C.41936033 T.P.69753-T

PODERES

Por Escritura Pública No. 0523 del 11 de marzo de 2019 Notaria Dieciocho de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de abril de 2019 con el No. 50 del Libro V COMPARECIÓ ANTE MÍ, BERNARDO VALLEJO RESTREPO, NOTARIO DIECIOCHO DEL CIRCULO DE CALI, CONCURRIENDO AL DESPACHO DE LA SEDE NOTARÍAL, QUIEN DIJO LLAMARSE FABIAN OSORIO FLOREZ, MAYOR DE EDAD, VECINO DE CALI, IDENTIFICADO CON LA CÉDIA DE CIUDADANÍA NÚMERO 16.265.503, ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD CLINICA DE OFTALMOLOGÍA DE CALI S.A. CON NIT. 890.320.032-8, POR MEDIO DEL PRESENTE ESCRITO, CONFIERO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE EN CUANTO A DERECHO SE REFIERE A LA DOCTORA VANESSA MACIAS REYES, IGUALMENTE MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.14.4.137.174, ABOGADA EN EJERCICIO, PORTADORA DE LA TARJETA PROFESIONAL NO. 233.492 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, PARA QUE ME REPRESENTE EN TODO MOMENTO EN DONDE SE CONFIGURE A LA CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A. COMO, PARTE EN ALGÚN PROCESO EN DILIGENCIAS DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO, JUDICIAL, POLICIVO, TRIBUNALES DE ARBITRAMENTO Y/O CENTROS DE CONCILIACIÓN A NIVEL NACIONAL, INDISTINTO DEL VALOR DE LAS PRETENSIONES EN LITIGIO O RECLAMACIÓN RESPECTIVA.
QUEDANDO FACULTADA, LA DRA. VANESSA MACIAS REYES, EN CONSECUENCIA, PODRÁ CONCILIAR, NO CONCILIAR,- TRANSIGIR, RECIBIR, DESISTIR, PROPONER EXCEPCIONES, SOLICITAR PRUEBAS, INTERVENIR EN LA. PRÁCTICA DE LAS MISMAS, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE PODER, INTERPONER TODA CLASE DE RECURSOS, NOTIFICARSE DE LAS DEMANDAS, CONTESTAR DEMANDAS Y TUTELAS, ABSOLVER INTERROGATORIO DE PARTE, EN FIN, TODO ACTO O GESTIÓN QUE ESTIME CONVENIENTE EN BENEFICIO DE LOS INTERESES QUE POR EL PRESENTE PODER SE LE CONFÍAN.

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E.P. 6601 del 18/10/1983 de Notaria Segunda de Cali	63481 de 27/10/1983 Libro IX
E.P. 3359 del 31/05/1984 de Notaria Segunda de Cali	68803 de 11/06/1984 Libro IX
E.P. 7311 del 18/10/1984 de Notaria Segunda de Cali	71781 de 25/10/1984 Libro IX
E.P. 12169 del 30/12/1988 de Notaria Segunda de Cali	14721 de 19/01/1989 Libro IX
E.P. 10674 del 31/12/1987 de Notaria Segunda de Cali	19890 de 13/07/1989 Libro IX
E.P. 1279 del 23/02/1990 de Notaria Segunda de Cali	26550 de 06/03/1990 Libro IX
E.P. 1822 del 14/03/1990 de Notaria Segunda de Cali	27029 de 21/03/1990 Libro IX
E.P. 5019 del 19/07/1990 de Notaria Segunda de Cali	31266 de 30/07/1990 Libro IX
E.P. 1339 del 03/08/1992 de Notaria Quince de Cali	56314 de 12/08/1992 Libro IX
E.P. 2756 del 15/07/2003 de Notaria Sexta de Cali	5160 de 23/07/2003 Libro IX
E.P. 071 del 16/01/2006 de Notaria Sexta de Cali	4103 de 03/04/2006 Libro IX
E.P. 4212 del 11/10/2005 de Notaria Sexta de Cali	4104 de 03/04/2006 Libro IX
E.P. 1999 del 12/06/2008 de Notaria Sexta de Cali	6874 de 20/06/2008 Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8621
Actividad secundaria Código CIIU: 4773

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en la Cámara de Comercio de Cali el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Nombre: CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI
Matrícula No.: 94463-2
Fecha de matricula: 21 de julio de 1981
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: KR 47 # 8 C - 94
Municipio: Cali

Nombre: CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A SEDE EL PRADO
Matrícula No.: 534830-2
Fecha de matricula: 03 de mayo de 2000
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: KR 23 T # 25 E - 100
Municipio: Cali

Nombre: CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI SEDE CIUDAD JARDIN
Matrícula No.: 1150363-2
Fecha de matricula: 22 de abril de 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CALLE 18 # 105-153 LOCALES # 5, 6 Y 7
Municipio: Cali

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

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

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO QUE TIENE MATRICULADOS EL COMERCIANTE EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $25,489,696,000

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU:8621

****

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional

Recibo No. 8554310, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822LYOWYU

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

de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

INSCRIPCION RIT

Los datos del empresario y/o establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Polícia Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Información Tributaria (RIT).



Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

CERTIFICA

FECHA : 24 DE MAYO DE 2022
HORA: 07:57:43 PM

CERTIFICADO DE INSCRIPCION Y CLASIFICACION REGISTRO UNICO DE PROPONENTES

CERTIFICA

LA Camara de Comercio de Cali CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 6.1. DE LA LEY 1150 DE 2007, REGLAMENTADA POR EL DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO 1082 DE 2015, CON BASE EN LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL INSCRITO Y POR LAS ENTIDADES ESTATALES.

CERTIFICA

IDENTIFICACION

QUE:INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NIT : 890303395 - 4
NUMERO DEL PROPONENTE EN LA CAMARA DE COMERCIO:94462

CERTIFICA

INSCRIPCION Y RENOVACION

FECHA DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE PROPONENTES: OCTUBRE 20 DE 2020
FECHA DE ULTIMA RENOVACION EN EL REGISTRO DE LOS PROPONENTES : ABRIL 29 DE 2022

CERTIFICA

CONSTITUCION Y REPRESENTACION LEGAL
PERSONAS JURIDICAS NO INSCRITAS EN EL REGISTRO MERCANTIL NI EN EL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO

INFORMACION DE CONSTITUCION
FECHA DE ADQUISICIÓN DE LA PERSONERÍA JURÍDICA: JULIO 29 DE 1942
CLASE DE DOCUMENTO: Resolucion ejecutiva
NUMERO DEL DOCUMENTO: 78
FECHA DEL DOCUMENTO: SEPTIEMBRE 03 DE 2020
EXPEDIDO POR: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
DURACION : INDEFINIDA

REPRESENTACION LEGAL

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

NOMBRE: PEDRO PABLO PEREA MAFLA
C.C. 16.642.876

FACULTADES Y LIMITACIONES:

ARTÍCULO TRIGESIMO.- DEL DIRECTOR: La Dirección del INSTITUTO será ejercida por la persona que elija el Consejo Superior. El Director será vinculado laboralmente al INSTITUTO mediante contrato de trabajo por un término de tres (3) años, pudiendo ser reelegido o removido del cargo por el Consejo Superior. Son funciones del Director: a) Ejercer la representación legal del INSTITUTO y dirigir el INSTITUTO manteniendo la unidad de intereses y procedimientos en torno a su misión, visión, objetivos y valores. b) Celebrar los contratos civiles, comerciales, financieros y estatales que se requieran para la buena marcha del INSTITUTO, conforme a las cuantías y autorizaciones otorgadas por la Junta Directiva. c) Solicitar autorización a la Junta Directiva para la celebración de aquellos contratos que se requieran para cumplir el objeto del INSTITUTO y que no cuente con autorización previa. d) Delegar parte de sus funciones en un empleado de alto nivel del INSTITUTO, por razones de conveniencia territorial o eficiencia funcional, lo cual será informado a la Junta Directiva; e) Proveer los cargos creados por la Junta Directiva y celebrar los contratos de trabajo respectivos. f) Asistir a la Junta directiva con voz pero sin voto. g) Presentar a la Junta Directiva un informe mensual sobre la marcha del INSTITUTO, sus programas, proyectos, Necesidades de grupos de interés, marco de actuación legal, marco de actuación institucional, Modelo de acreditación en salud y normas técnicas, enfoque de sostenibilidad e investigación. h) Preparar en colaboración con la parte financiera del INSTITUTO, el presupuesto de rentas y gastos para cada vigencia y someterlo a estudio, consideración de la Junta Directiva; i) Ejecutar los planes y programas aprobados por la Junta Directiva; j) Orientar y coordinar el trabajo de distintas secciones del INSTITUTO, con el fin de prestar un excelente servicio y obtener un buen rendimiento de ello y el más alto nivel de atención, basándose en las normas de calidad; k) Controlar que los programas educacionales y de protección se mantengan dentro de las normas mínimas establecidas por las leyes colombianas, adaptadas a la enseñanza especial de los niños, niñas sordos y ciegos y ciegos con problemas asociados; 1) Organizar y coordinar las actividades del personal operativo del INSTITUTO y crear comités integrados por los jefes de los distintos servicios; m) Promover actividades tendientes a obtener el bienestar físico, mental y social del personal que trabaja en el INSTITUTO, así como de los niños y niñas sordos y ciegos y ciegos con problemas asociados; n) Asistir a reuniones de carácter científico, cultural, social y demás que se relacionen con actividades propias del INSTITUTO; o) Realizar la gestión necesaria para lograr el desarrollo de los Planes y programas establecidos teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos del área de influencia, las características del entorno y condiciones internas del INSTITUTO; p) Articular el trabajo que realizan los diferentes niveles de la INSTITUCION dentro de una concepción participativa de la gestión; q) Cooperar con los demás institutos e instituciones que se dediquen al cuidado de niños y niñas ciegos y sordos, en la siguiente forma: * Produciendo y enviando los datos estadísticos que le sean solicitados; *Facilitando a otras instituciones similares los servicios que

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

puedan ser utilizados en común; * Facilitando la integración funcional de los servicios preventivos - asistenciales propios a niños y niñas sordos, ciegos y de ciegos con problemas asociados. *Informar a la Comunidad en forma periódica sobre los servicios que presta el INSTITUTO. * Promover el acercamiento y coordinación de todos los recursos de la comunidad en bien del INSTITUTO. PARAGRAFO: El Director como responsable de la marcha interna del establecimiento, cumplirá las indicaciones u observaciones del consejo Superior y/o de la Junta Directiva y sujetará sus actuaciones a las normas dictadas o que dicte el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Servicio Secciona! de Salud del Valle del Cauca, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y demás entidades estatales, a los presentes Estatutos y al Reglamento Interno de la Institución. ARTÍCULO TRIGESIMO PRIMERO.- El Director presentará a la Junta Directiva el Reglamento de Cuantías, en el cual determinará por modalidades de contratos civiles, comerciales, financieros y estatales, y por valores de los mismos fijados en salarios mínimos legales mensuales, las atribuciones de autonomía contractual del Director, por encima de las cuales, se requerirá de autorización previa o aprobación posterior de la Junta Directiva. Dicho Reglamento fijará además, las condiciones de delegación de sus atribuciones en otros empleados del INSTITUTO, los requisitos de la oferta o propuesta, calificación del proponente, celebración del contrato, pólizas de aseguramiento, presupuestales, documentales, de supervisión de su cumplimiento y de auditoría.

NOMBRE: PEDRO PABLO PEREA MAFLA
Nit. 16642876

FACULTADES Y LIMITACIONES:

ARTÍCULO TRIGESIMO.- DEL DIRECTOR: La Dirección del INSTITUTO será ejercida por la persona que elija el Consejo Superior. El Director será vinculado laboralmente al INSTITUTO mediante contrato de trabajo por un término de tres (3) años, pudiendo ser reelegido o removido del cargo por el Consejo Superior. Son funciones del Director: a) Ejercer la representación legal del INSTITUTO y dirigir el INSTITUTO manteniendo la unidad de intereses y procedimientos en torno a su misión, visión, objetivos y valores. b) Celebrar los contratos civiles, comerciales, financieros y estatales que se requieran para la buena marcha del INSTITUTO, conforme a las cuantias y autorizaciones otorgadas por la Junta Directiva. c) Solicitar autorización a la Junta Directiva para la celebración de aquellos contratos que se requieran para cumplir el objeto del INSTITUTO y que no cuente con autorización previa. d) Delegar parte de sus funciones en un empleado de alto nivel del INSTITUTO, por razones de conveniencia territorial o eficiencia funcional,

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

sostenibilidad e investigación. h) Preparar en colaboración con la parte financiera del INSTITUTO, el presupuesto de rentas y gastos para cada vigencia y someterlo a estudio, consideración de la Junta Directiva; i) Ejecutar los planes y programas aprobados por la Junta Directiva; j) Orientar y coordinar el trabajo de distintas secciones del INSTITUTO, con el fin de prestar un excelente servicio y obtener un buen rendimiento de ello y el más alto nivel de atención, basándose en las normas de calidad; k) Controlar que los programas educacionales y de protección se mantengan dentro de las normas mínimas establecidas por las leyes colombianas, adaptadas a la enseñanza especial de los niños, niñas sordos y Ciegos y ciegos con problemas asociados; 1) Organizar y coordinar las actividades del personal operativo del INSTITUTO y crear comités integrados por los jefes de los distintos servicios; m) Promover actividades tendientes a obtener el bienestar físico, mental y social del personal que trabaja en el INSTITUTO, así como de los niños y niñas sordos y ciegos y ciegos con problemas asociados; n) Asistir a reuniones de carácter científico, cultural, social y demás que se relacionen con actividades propias del INSTITUTO; o) Realizar la gestión necesaria para lograr el desarrollo de los Planes y programas establecidos teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos del área de influencia, las características del entorno y condiciones internas del INSTITUTO; p) Articular el trabajo que realizan los diferentes niveles de la INSTITUCION dentro de una concepción participativa de la gestión; q) Cooperar con los demás institutos e instituciones que se dediquen al cuidado de niños y niñas ciegos y sordos, en la siguiente forma: * Produciendo y enviando los datos estadísticos que le sean solicitados; *Facilitando a otras instituciones similares los servicios que puedan ser utilizados en común; * Facilitando la integración funcional de los servicios preventivos - asistenciales propios a niños y niñas sordos, ciegos y de ciegos con problemas asociados. *Informar a la Comunidad en forma periódica sobre los servicios que presta el INSTITUTO. * Promover el acercamiento y coordinación de todos los recursos de la comunidad en bien del INSTITUTO. PARAGRAFO: El Director como responsable de la marcha interna del establecimiento, cumplirá las indicaciones u observaciones del consejo Superior y/o de la Junta Directiva y sujetará sus actuaciones a las normas dictadas o que dicte el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Servicio Secciona! de Salud del Valle del Cauca, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y demás entidades estatales, a los presentes Estatutos y al Reglamento Interno de la Institución. ARTÍCULO TRIGESIMO PRIMERO.- El Director presentará a la Junta Directiva el Reglamento de Cuantías, en el cual determinará por modalidades de contratos civiles, comerciales, financieros y estatales, y por valores de los mismos fijados en salarios mínimos legales mensuales, las atribuciones de autonomía contractual del Director, por encima de las cuales, se requerirá de autorización previa o aprobación posterior de la Junta Directiva. Dicho Reglamento fijará además, las condiciones de delegación de sus atribuciones en otros empleados del INSTITUTO, los requisitos de la oferta o propuesta, calificación del proponente, celebración del contrato, pólizas de aseguramiento, presupuestales, documentales, de supervisión de su cumplimiento y de auditoría.

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

COMERCIO

CERTIFICA

DOMICILIO

DIRECCION DEL DOMICILIO PRINCIPAL :Cra 38 5B1-39
MUNICIPIO: Cali
DEPARTAMENTO: Valle
PAIS: Colombia
BARRIO: San Fernando Viejo
CELULAR: 3117477566
CORREO ELECTRONICO: luz.guzman@ciegosysordos.org.co

DIRECCION PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : Cra 38 5B1-39
MUNICIPIO PARA NOTIFICACIÓN : Cali
DEPARTAMENTO PARA NOTIFICACIÓN : Valle
PAIS: Colombia
BARRIO: San Fernando Viejo
CELULAR: 3117477566
CORREO ELECTRONICO PARA NOTIFICACION: luz.guzman@ciegosysordos.org.co

CERTIFICA

CLASIFICACION POR TAMAÑO DE LA EMPRESA

QUE EL INSCRITO SE CLASIFICO COMO:

GRAN EMPRESA

CERTIFICA

QUE EN RELACION A SU INFORMACION FINANCIERA EL PROPONENTE REPORTO:

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACION FINANCIERA :	2021/12/31
ACTIVO CORRIENTE:	23.333.830.061,00
ACTIVO TOTAL:	66.566.487.642,00
PASIVO CORRIENTE:	5.814.074.349,00
PASIVO TOTAL:	5.931.927.890,00
PATRIMONIO:	60.634.559.752,00
UTILIDAD/PERDIDA OPERACIONAL:	1.901.536.139,00
GASTOS DE INTERES:	2.924.596,00

QUE EN RELACION A SU INFORMACION FINANCIERA EL PROPONENTE REPORTO:

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACION FINANCIERA :	2020/12/31
ACTIVO CORRIENTE:	23.380.973.000,00

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

ACTIVO TOTAL:	65.943.107.000,00
PASIVO CORRIENTE:	6.834.215.000,00
PASIVO TOTAL:	7.788.426.000,00
PATRIMONIO:	58.154.681.000,00
UTILIDAD/PERDIDA OPERACIONAL:	2.006.270.000,00
GASTOS DE INTERES:	4.031.000,00

QUE EN RELACION A SU INFORMACION FINANCIERA EL PROPONENTE REPORTO:

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACION FINANCIERA :	2019/12/31
ACTIVO CORRIENTE:	20.379.125.000,00
ACTIVO TOTAL:	62.691.746.000,00
PASIVO CORRIENTE:	6.000.633.000,00
PASIVO TOTAL:	6.821.613.000,00
PATRIMONIO:	55.870.133.000,00
UTILIDAD/PERDIDA OPERACIONAL:	3.380.337.000,00
GASTOS DE INTERES:	25.135.000,00

ESTA INFORMACION FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CAMARA DE COMERCIO

CERTIFICA

QUE EN RELACION A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD FINANCIERA EL PROPONENTE REPORTO: 2021/12/31

INDICE DE LIQUIDEZ	4,01
INDICE DE ENDEUDAMIENTO	0,08
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES	650,19

QUE EN RELACION A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD FINANCIERA EL PROPONENTE REPORTO: 2020/12/31

INDICE DE LIQUIDEZ	3,42
INDICE DE ENDEUDAMIENTO	0,11
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES	497,71

QUE EN RELACION A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD FINANCIERA EL PROPONENTE REPORTO: 2019/12/31

INDICE DE LIQUIDEZ	3,40
INDICE DE ENDEUDAMIENTO	0,10
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES	134,49

ESTA INFORMACION FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CAMARA DE COMERCIO

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

CERTIFICA

QUE EN RELACION A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD ORGANIZACIONAL EL PROPONENTE REPORTO: 2021/12/31

RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO	0,03
RENTABILIDAD DEL ACTIVO	0,03

QUE EN RELACION A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD ORGANIZACIONAL EL PROPONENTE REPORTO: 2020/12/31

RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO	0,03
RENTABILIDAD DEL ACTIVO	0,03

QUE EN RELACION A LOS INDICADORES DE LA CAPACIDAD ORGANIZACIONAL EL PROPONENTE REPORTO: 2019/12/31

RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO	0,06
RENTABILIDAD DEL ACTIVO	0,05

ESTA INFORMACION FUE OBJETO DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CAMARA DE COMERCIO

CERTIFICA

CLASIFICACIÓN DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS

QUE EN RELACIÓN A LOS BIENES, OBRAS Y SERVICIOS QUE OFRECERÁ A LAS ENTIDADES ESTATALES, IDENTIFICADOS CON EL CLASIFICADOR DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL (CLASE), EL PROPONENTE REPORTÓ:

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO	DESCRIPCION
86	13	19	00	ESCUELAS PARA GENTE CON DISCAPACIDADES

CERTIFICA

EXPERIENCIA

QUE EN RELACIÓN A LOS CONTRATOS EJECUTADOS EL PROPONENTE REPORTÓ:

NÚMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 1
CONTRATO CELEBRADO POR: PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NOMBRE DEL CONTRATANTE: SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO SMMLV: $ 110,93
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
86	13	19	00

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

NÚMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 2
CONTRATO CELEBRADO POR: PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NOMBRE DEL CONTRATANTE: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO SMMLV: $ 1.131,75
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:
SEGMENTO FAMILIA CLASE PRODUCTO
86 13 19 00

NÚMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 3
CONTRATO CELEBRADO POR: PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NOMBRE DEL CONTRATANTE: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO SMMLV: $ 1.024,16
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:
SEGMENTO FAMILIA CLASE PRODUCTO
86 13 19 00

NÚMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 4
CONTRATO CELEBRADO POR: PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NOMBRE DEL CONTRATANTE: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO SMMLV: $ 93,47
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:
SEGMENTO FAMILIA CLASE PRODUCTO
86 13 19 00

NÚMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 5
CONTRATO CELEBRADO POR: PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO SMMLV: $ 94,17
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:
SEGMENTO FAMILIA CLASE PRODUCTO
86 13 19 00

NÚMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 6
CONTRATO CELEBRADO POR: PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NOMBRE DEL CONTRATANTE: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO SMMLV: $ 1.082,78
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:
SEGMENTO FAMILIA CLASE PRODUCTO

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

86	13	19	00

NÚMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 7
CONTRATO CELEBRADO POR: PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NOMBRE DEL CONTRATANTE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO SMMLV: $ 133,05
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
86	13	19	00

NÚMERO CONSECUTIVO DEL REPORTE DEL CONTRATO EJECUTADO: 8
CONTRATO CELEBRADO POR: PROPONENTE
NOMBRE DEL CONTRATISTA: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NOMBRE DEL CONTRATANTE: DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI SECRETARIA DE EDUCACION DISTRITAL
VALOR DEL CONTRATO EJECUTADO EXPRESADO SMMLV: $ 126,34
CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS EN EL TERCER NIVEL:

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
86	13	19	00

ESTA INFORMACION FUE OBJETO DE VERIFICACION DOCUMENTAL POR PARTE DE LA CAMARA DE COMERCIO

CERTIFICA

*****ESTA INFORMACIÓN CERTIFICADA YA SE ENCUENTRA EN FIRME******

QUE EL DÍA 20 DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2020 EL PROPONENTE SE INSCRIBIO EN EL REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES BAJO EL NÚMERO 79941 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCIÓN SE PUBLICÓ EN EL REGISTRO ÚNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL 20 DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2020.

LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA INSCRIPCIÓN AQUÍ CERTIFICADA, QUEDA EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE PUBLICACIÓN, SIEMPRE QUE NO SEA OBJETO DE RECURSO (ARTÍCULO 6.3 DE LA LEY 1150 DE 2007, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 221 DEL DECRETO 19 DE 2012).

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

*****ESTA INFORMACIÓN CERTIFICADA YA SE ENCUENTRA EN FIRME******

QUE EL DÍA 30 DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2021 EL PROPONENTE RENOVO EN EL REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES BAJO EL NÚMERO 80719 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCIÓN SE PUBLICÓ EN EL REGISTRO ÚNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL 30 DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2021.

LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA INSCRIPCIÓN AQUÍ CERTIFICADA, QUEDA EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE PUBLICACIÓN, SIEMPRE QUE NO SEA OBJETO DE RECURSO (ARTÍCULO 6.3 DE LA LEY 1150 DE 2007, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 221 DEL DECRETO 19 DE 2012).

*****ESTA INFORMACIÓN CERTIFICADA YA SE ENCUENTRA EN FIRME******

QUE EL DÍA 29 DEL MES DE ABRIL DEL AÑO 2022 EL PROPONENTE RENOVO EN EL REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES BAJO EL NÚMERO 85675 DEL LIBRO PRIMERO DE LOS PROPONENTES, QUE ESTA INSCRIPCIÓN SE PUBLICÓ EN EL REGISTRO ÚNICO EMPRESARIAL Y SOCIAL (RUES) EL 29 DEL MES DE ABRIL DEL AÑO 2022.

LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA INSCRIPCIÓN AQUÍ CERTIFICADA, QUEDA EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE PUBLICACIÓN, SIEMPRE QUE NO SEA OBJETO DE RECURSO (ARTÍCULO 6.3 DE LA LEY 1150 DE 2007, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 221 DEL DECRETO 19 DE 2012).

CERTIFICA

REPORTE DE INFORMACION POR PARTE DE LAS ENTIDADES ESTATALES, CONTRATOS ADJUDICADOS, EN EJECUCION, EJECUTADOS, MULTAS Y SANCIONES EN FIRME DE LOS ULTIMOS AÑOS

QUE LA INFORMACION QUE HAN REPORTADO LAS ENTIDADES ESTATALES EN RELACION CON CONTRATOS ADJUDICADOS, EN EJECUCION, EJECUTADOS, MULTAS Y SANCIONES ES LA SIGUIENTE:

CONTRATOS EN EJECUCION

ENTIDAD CONTRATANTE : INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR I.C.B.F.
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76.26.14.812
FECHA DE INICIO: 2014/12/16
VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 390.520.965
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

FECHA DE INSCRIPCION: 2015/01/30
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 59427

ENTIDAD CONTRATANTE : CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES - CAPRECOM
MUNICIPIO: Bogota
NUMERO DEL CONTRATO: CN01-0231-2015
FECHA DE INICIO: 2015/07/03
VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 254.166.666
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
85121600 : SERVICIOS MÉDICOS DE DOCTORES ESPECIALISTAS

FECHA DE INSCRIPCION: 2015/12/03
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 62462

ENTIDAD CONTRATANTE : 899999239 - BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76.26.16.1138
FECHA DE INICIO: 2016/12/01
VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 834.910.255
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2017/03/21
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 66166

ENTIDAD CONTRATANTE : INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76.26.17.953
FECHA DE INICIO: 2017/12/01
VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 581.047.645
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2018/01/16
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 69577

ENTIDAD CONTRATANTE : INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76.26.18.740
FECHA DE INICIO: 2018/12/01
VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 825.171.330
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2019/01/22
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 73428

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

ENTIDAD CONTRATANTE : INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76005722019
FECHA DE INICIO: 2019/11/01
VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 925.141.160
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2020/01/20
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 77033

ENTIDAD CONTRATANTE : INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76002922021
FECHA DE INICIO: 2021/02/05
VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 472.472.438
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2021/05/06
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 82552

ENTIDAD CONTRATANTE : INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76007012021
FECHA DE INICIO: 2021/12/21
VALOR DEL CONTRATO (EN PESOS): 393.072.057
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2022/01/14
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 84048

CONTRATOS EJECUTADOS

ENTIDAD CONTRATANTE : 899999239 - BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76.26.16.604
FECHA DE INICIO: 2016/04/01
FECHA //
VALOR FINAL DEL CONTRATO PAGADO (EN PESOS): 0
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2017/03/16
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 66037

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

ENTIDAD CONTRATANTE : 899999239 - BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76.26.16.605
FECHA DE INICIO: 2016/04/01
FECHA //
VALOR FINAL DEL CONTRATO PAGADO (EN PESOS): 0
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2017/03/16
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 66038

ENTIDAD CONTRATANTE : 899999239 - BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76.26.16.606
FECHA DE INICIO: 2016/04/01
FECHA //
VALOR FINAL DEL CONTRATO PAGADO (EN PESOS): 0
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2017/03/16
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 66039

ENTIDAD CONTRATANTE : INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
MUNICIPIO: Cali
NUMERO DEL CONTRATO: 76.26.18.661
FECHA DE INICIO: 2018/11/01
FECHA //
VALOR FINAL DEL CONTRATO PAGADO (EN PESOS): 0
CLASIFICACION DEL CONTRATO:
93141500 : DESARROLLO Y SERVICIOS SOCIALES

FECHA DE INSCRIPCION: 2019/01/21
NÚMERO DE REGISTRO EN EL LIBRO I DE LOS PROPONENTES: 73395

LA INFORMACIÓN REMITIDA POR LAS ENTIDADES ESTATALES EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 2.2.1.1.1.5.7. DEL DECRETO 1082 DE 2015, NO SERÁ VERIFICADA POR LAS CÁMARAS DE COMERCIO, POR LO TANTO, LAS CONTROVERSIAS RESPECTO DE LA INFORMACIÓN REMITIDA POR LAS ENTIDADES ESTATALES, DEBERÁN SURTIRSE ANTE LA ENTIDAD ESTATAL CORRESPONDIENTE Y NO PODRÁN DEBATIRSE ANTE LAS CÁMARAS DE COMERCIO.

Recibo No. 8554310, Valor: $55.000

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08229BQ9TW

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

CERTIFICA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.
De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

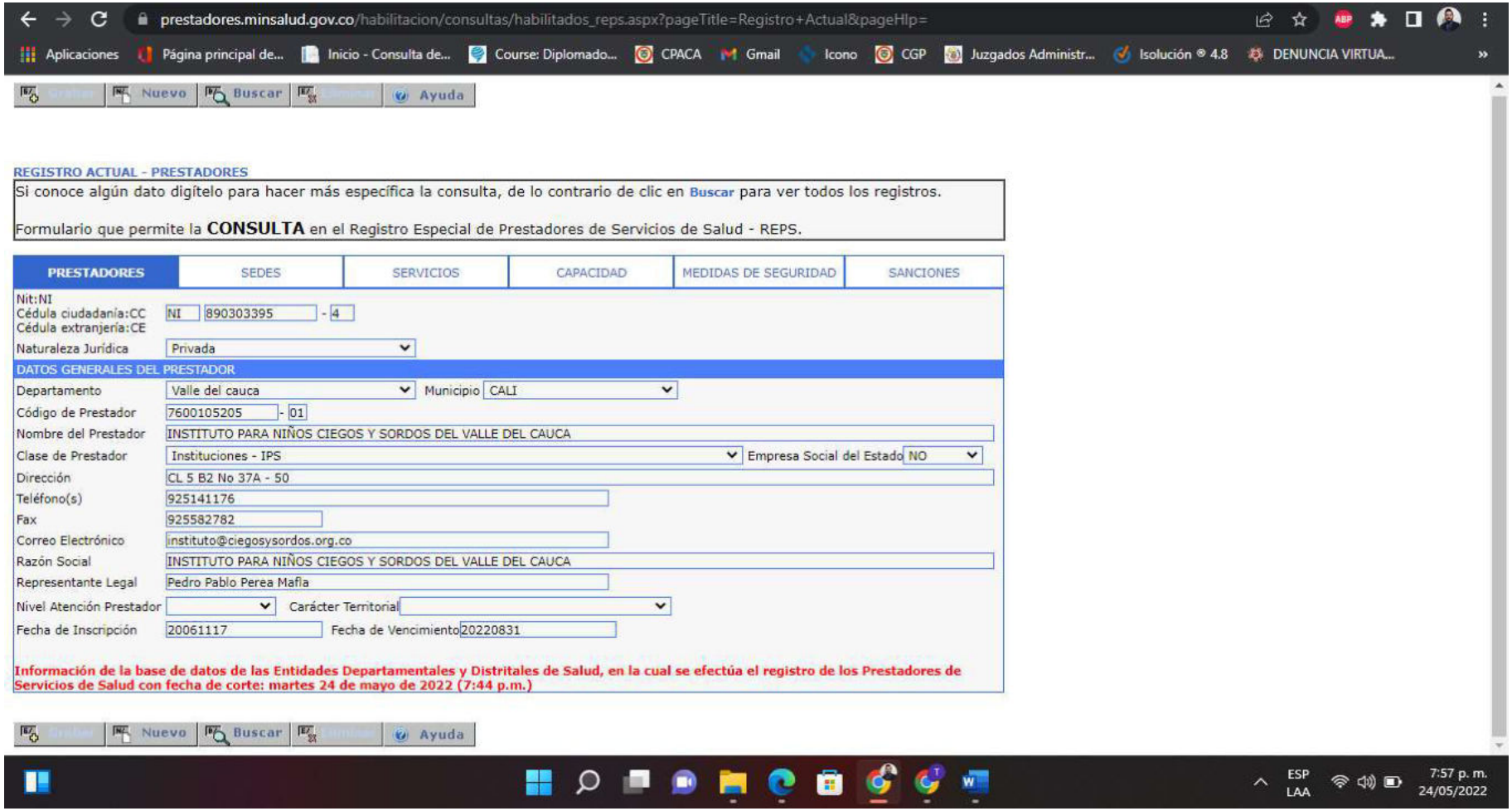
En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (ONAC) y sólo puede ser verificada en ese formato.

La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido ingresando a https://www.ccc.org.co/serviciosvirtuales/ y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento.
El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las sedes o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

Dado en Cali a los



Ana M. Lengua B.


prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro+Actual&pageHlp=
Aplicaciones
Página principal de...
Inicio - Consulta de...
Course: Diplomado...
CPACA
Gmail
Icono
CGP
Juzgados Administr...
Isolución ® 4.8
DENUNCIA VIRTUA...
Nuevo
Buscar
Ayuda
REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES
Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.
Formulario que permite la CONSULTA en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.
PRESTADORES
SEDES
SERVICIOS
CAPACIDAD
MEDIDAS DE SEGURIDAD
SANCIONES
Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC
Cédula extranjería:CE
NI
890303395
4
Naturaleza Jurídica
Privada
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR
Departamento
Valle del cauca
Municipio
CALI
Código de Prestador
7600105205
01
Nombre del Prestador
INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Clase de Prestador
Instituciones - IPS
Empresa Social del Estado
NO
Dirección
CL 5 B2 No 37A - 50
Teléfono(s)
925141176
Fax
925582782
Correo Electrónico
instituto@ciegosysordos.org.co
Razón Social
INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Representante Legal
Pedro Pablo Perea Mafla
Nivel Atención Prestador
Carácter Territorial
Fecha de Inscripción
20061117
Fecha de Vencimiento
20220831
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 24 de mayo de 2022 (7:44 p.m.)
Nuevo
Buscar
Ayuda
ESP
LAA
7:57 p. m.
24/05/2022

Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado

La justicia es de todos | Minjusticia

Número de Radicado 20224021289962

Bogotá D. C.,03/06/2022

Este documento acredita el envío de la copia de la solicitud de conciliación extrajudicial a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 613 del Código General del Proceso (Ley 1564 de 2012).

Si la información fue enviada por este medio, no es necesario enviarla nuevamente por correo certificado.

AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURÍDICA DEL ESTADO
Carrera 7 No 75 - 66 piso 2 y 3
Bogotá D.C., Colombia
PBX. 255 8955
www.defensajuridica.gov.co

INFORMACIÓN RADICADA POR EL USUARIO

Datos del remitente	
CONVOCADO:	Persona Jurídica: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
CONVOCANTE: Tipo de Persona	Persona Natural: MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIO
Datos del remitente	
Ubicación	COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI
Tipo de Persona	Persona Natural: Sandra Marcela Ortiz Valencia
Dirección	CL 2 C 39 09
Telefono y/o Celular y/o Fax	3188535067
Correo Electronico	marcela.ortizva@gmail.com
Anexos	
Solicitud de conciliación	20224021289962000001
Otros anexos	20224021289962000002

Ha aceptado condiciones

Gmail **Tu Abogado en Salud y Pensión <tuabogadoensaludypension@gmail.com>**

NOTIFICACIÓN PREVIA SOLICITUD DECONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL EN DERECHO - MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIO C. C.94432656

Tu Abogado en Salud y Pensión <tuabogadoensaludypension@gmail.com> 3 de junio de 2022, 10:06
Para: snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co, notificaciones judiciales <notificacionesjudiciales@cali.gov.co>, liquidacioneps@coomevaeps.com, correoinstitucionaleps@coomeva.com.co, notificaciones@clinicaofta.com, luz.guzman@ciegosysordos.org.co, instituto@ciegosysordos.org.co
CCO: Marcela Ortiz <Marcela.ortizva@gmail.com>

Señores:
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, NIT 860062187:4
Carrera 68A N°. 24B - 10, Torre 3, Piso 4, 9 y 10. Edificio Plaza Claro, Bogotá D.C
snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD DE CALI NIT. 890399011-3
Centro Administrativo Municipal (CAM) Avenida 2 Norte #10 - 70. Santiago de Cali - Valle
notificacionesjudiciales@cali.gov.co

COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, 805000427-1
Calle 10 No. 4 -47 Piso 23 Edificio Corficolombiana, Cali Valle del Cauca
correoinstitucionaleps@coomeva.com.co; liquidacioneps@coomevaeps.com

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE CALI S. A, 8903200328
Sede Principal: Carrera 47 No 8C-94, Cali PBX: 5520890-5110200 A.A 7086
notificaciones@clinicaofta.com

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, NIT. 8903033954.
Carrera 38 No 5B1 – 39 Barrio San Fernando Cali
luz.guzman@ciegosysordos.org.co; instituto@ciegosysordos.org.co

Asunto: NOTIFICACIÓN PREVIA SOLICITUD DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL EN DERECHO - MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIO C. C. 94432656

Sandra Marcela Ortiz Valencia, abogada en ejercicio, identificada civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, muy respetuosamente me dirijo a usted en virtud del poder legalmente conferido a mí, por el CONVOCANTE**,** para radicar previamente la solicitud que elevare ante la Procuraduría General de la Nación de conformidad a lo prescrito en la Ley 446 de 1998, el Decreto Reglamentario 2511 de 1998 y la Ley 640 de 2001, que regulan el trámite de las solicitudes de conciliación extrajudicial en asuntos de lo contencioso administrativo y, demás normas complementarias para el trámite de **CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVA ANTES DE INICIAR EL MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA** en contra de ustedes como convocadas, con el fin de conciliar los perjuicios materiales e inmateriales u agotar el requisito de procedibilidad y/o para obtener reparación por los perjuicios materiales e inmateriales causados como consecuencia de los hechos u omisiones ocurridos desde el 16 de septiembre de 2019 al 14 de septiembre de 2021.

Anexos: Escrito de la solicitud de conciliación extrajudicial y anexos en 2 archivos pdf.

Atentamente,

Sandra Marcela Ortiz Valencia
C. C. 1.113.636.485
T. P. 364.183
Correo electrónico: marcela.ortizva@gmail.com
Celular-WhatsApp: 3188535067

2 archivos adjuntos

ANEXOS.pdf
1334K

ESCRITO DE CONCILICACION.pdf
537K

Gmail Tu Abogado en Salud y Pensión <tuabogadoensaludypension@gmail.com>

Respuesta automática: NOTIFICACIÓN PREVIA SOLICITUD DECONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL EN DERECHO - MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIO C. C.94432656

SNSNOTIFICACIONESJUDICIALES <snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co> 3 de junio de 2022, 10:06
Para: Tu Abogado en Salud y Pensión <tuabogadoensaludypension@gmail.com>

JUZGADOS, TRIBUNALES, ALTAS CORTES y PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

La Superintendencia Nacional de Salud informa que hemos recibido su correo electrónico, sin embargo, advierte que las comunicaciones que no cumplan con los fines establecidos en el inciso 1 del artículo 199 de la Ley 1437 de 2011, modificado por el Art. 48 de la Ley 2080 de 2021 (Notificación electrónica de entidades públicas), serán trasladadas al área de correspondencia para su radicación y respectivo traslado a la Dependencia que conforme con el Decreto 2462 del 07 de noviembre de 2013 sea competente.

Lo anterior de conformidad con los requerimientos de Planeación.

Gracias.

Deja tu huella y ayúdanos a salvar el planeta. Piénsalo bien antes de imprimir este mensaje y cualquier otro documento.

SNSNOTIFICACIONESJUDICIALES
Oficina Asesora Jurídica
Cuenta de Servicios
snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co
t: (571) 744 2000 ext.
D: Carrera 68a N.º 24b-10. Torre 3. | Bogotá D.C., Colombia
www.supersalud.gov.co

Nota: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no necesariamente representan la opinión oficial de la Superintendencia Nacional de Salud o de sus autoridades. La información contenida en este e-mail es confidencial y sólo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual está dirigido. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y borrar el mensaje recibido inmediatamente.

Note: The opinions expressed in this message are solely those of the author and do not necessarily represent the official views of the Superintendencia Nacional de Salud or its authorities. The information contained in this email is confidential and can only be used by the individual or entity to which it is addressed. If you are not the authorized recipient, any retention, dissemination, distribution or copying of this message is prohibited and punishable by law. If you receive this message by mistake, please forward it to the Superintendencia Nacional de Salud and delete the received message immediately.

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL
PROCURADURÍA 57 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación E-2022-312176 de 3 de junio de 2022

Convocante (s): MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIOS

Convocado (s): SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y OTROS

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

En los términos del artículo 2.º de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 6.º del artículo 2.2.4.3.1.1.9 del Decreto 1069 de 2015[1], el (la) Procurador (a) 57 Judicial I para Asuntos Administrativos expide la siguiente

CONSTANCIA:

1. Mediante apoderado, el (la) convocante MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIOS presentó solicitud de conciliación extrajudicial el día 3 de junio de 2022, convocando a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, al MUNICIPIO DE CALI, a la CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A, al INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA y a COOMEVA EPS en liquidación.

2. Las pretensiones de la solicitud fueron las siguientes: *"Con el fin de evitar el eventual proceso judicial de medio de control de REPARACIÓN DIRECTA, en contra de las entidades CONVOCADAS, donde se solicitará la declaración de la responsabilidad extracontractual y la indemnización por daños y perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales generados por el sufrimiento y dolor, por la demora de los agentes del Sistema de Seguridad Social de Salud (convocados), la EPS por la imputación directa de la falta de oportunidad en la autorización del procedimiento necesario para el Sr. HERNÁNDEZ, para las IPS por las claras barreras administrativas que no permitieron después de la autorización la realización de un procedimiento en oportunidad y de parte de los entes de control y vigilancia (Supersalud y Secretaria de Salud) por la demora en tomar una decisión de liquidación y no vigilancia del cumplimiento a la eliminación de barreras administrativas por parte de las IPS respectivamente. Hechos y omisiones que causaron la falta de oportunidad en la atención con las claras secuelas de invalidez permanente para el Sr. HERNÁNDEZ. Se solicita conciliar la declaración de condena de reparación del daño material por un valor de $207´648.012. Daño Moral 100 SMLMV, Daño a la Salud 100 SMLMV, todas las sumas con los intereses e indexaciones a que haya lugar. CUANTÍA: Se estima por el valor de los perjuicios materiales $207´648.012."*

3. El día de la audiencia VIRTUAL celebrada el 9 de agosto de 2022, la conciliación se declaró fallida ante la imposibilidad de llegar a un acuerdo entre las partes.

4. De conformidad con lo anteriormente expuesto, se da por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 35 y 37 de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA.

---

[1] *Decreto 1069 del 26 de mayo de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho". Antiguo artículo 9° del Decreto 1716 de 2009.*

5. En los términos de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el Decreto 1069 de 2015, se devolverán a la parte convocante los documentos aportados con la conciliación.

Dada en Santiago de Cali, a los diez (10) días del mes de agosto del año 2022



MARIA ELENA CAICEDO YELA
Procurador (a) 57 Judicial I para Asuntos Administrativos

CONSTANCIA SECRETARIAL

El suscrito Secretario Técnico del Comité de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, hace constar que, en sesión de fecha 28 de julio de 2022, mediante Acta No. 395 se sometió a consideración del citado Comité, el estudio del medio de control promovido por Manuel Desiderio Hernández, ID 1503538.

Que, en la citada sesión el apoderado a cargo del caso precisó lo siguiente:

"**CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

Analizado el caso objeto de debate se concluye que la Superintendencia Nacional de Salud no ha incurrido en ninguna conducta por acción u omisión que haya contribuido a la consumación de la presunta falla en la prestación de servicios por parte de Coomeva EPS cómo lo alega el señor Hernández.

En razón de lo anterior y, con fundamento en las funciones de policía administrativa que por ley le han sido asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de las cuales no se incluyó la prestación de servicios de salud, en el presente caso existe una falta de legitimación por pasiva, motivo por el cual, se sugiere acudir a la audiencia de conciliación extrajudicial sin presentar formula conciliatoria."

De conformidad con lo expuesto, los miembros del Comité decidieron por unanimidad no conciliar atendiendo el concepto rendido por el apoderado.

Se expide al primer (01) día del mes de agosto de dos mil veintidós (2022), con destino a la Procuraduría 57 Judicial I para Asuntos Administrativos, dentro del radicado E-2022-312176 de 3 de junio de 2022.

JOSÉ ANTONIO CARRILLO BARREIRO
Secretario Técnico Comité de Conciliación

Carrera 68 A N.º 24 B - 10, Torre 3 - Pisos 4, 9 y 10 | PBX +57 601 744 2000 • Bogotá D.C. www.supersalud.gov.co

CIFL02

Estamos certificados

Fecha: **AGOSTO 03 DE 2022** Acta No. **4121.040.1.24 – 356**

Una vez verificado el quórum por parte del Secretario Técnico y observando el cumplimiento a lo ordenado en el artículo 5° del Decreto Municipal No. 4112.010.20.0022 del 10 de enero de 2017 se procede a dar inicio a la presente sesión extraordinaria:

A. INFORMACIÓN GENERAL:	
Tipo de Proceso (Jurisdicción):	ADMINISTRATIVA
No. Solicitud Interno / No. Radicado:	2022- 4121010005267 / 91021
Nombre Despacho:	PROCURADURÍA 57 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS
Acción Judicial-Hecho Generador:	REPARACIÓN DIRECTA
Convocado/Demandado:	DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI
Convocante/Demandante:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS
Dependencia de Origen:	SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL DE SANTIAGO DE CALI
Apoderado del Municipio Santiago de Cali:	MARTHA SONIA RIVERA LOZADA
Clase de Diligencia:	CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL – REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD.
Fecha y Hora Diligencia:	09 DE AGOSTO DE 2022 – 02:30 PM

HECHOS Y PRETENSIONES

RESUMEN DE LOS HECHOS:

1. El señor MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS estaba afiliado a COOMEVA EPS, como cotizante desde octubre de 1999 hasta el día que fue trasladado a SALUD TOTAL EPS debido a la liquidación de la EPS mencionada anteriormente.

2. El Sr. HERNÁNDEZ, se desempeñaba como agente telefónico en la empresa SONDA

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

S.A.S donde devengaba un salario de $1,700,000.

3. COOMEVA EPS presentó incumplimiento en los componentes técnico científico, financiero y jurídico de acuerdo con el plan de acción, por lo que el Superintendente Nacional de Salud, por medio de la Resolución 003287 de 2016 ordenó adoptar la medida preventiva de vigilancia especial por el término de seis (6) meses.

4. El Superintendente Nacional de Salud, el 15 de septiembre de 2016 expidió la Resolución 000013 del 15 de septiembre de 2016, donde expresamente ordenó a las IPS la eliminación de las barreras que obstaculicen, dificulten o limiten el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, la atención oportuna, accesibilidad y ordenó a las Entidades Territoriales la inspección y Vigilancia dentro su jurisdicción para efectos de verificar el cumplimiento de las presentes instrucciones, seguimiento que la SECRETARIA DE SALUD DE CALI no realizó en el presente caso donde las IPS pusieron todas las barreras administrativas para forzar el pago de las deudas de una EPS que desde ese mismo año no debía seguir funcionando.

5. COOMEVA EPS, continuaba presentando incumplimientos en los componentes financiero, jurídico y técnico-científico, el Superintendente Nacional de Salud ordenó, mediante la Resolución 001576 del 19 de mayo de 2017 prorrogar la medida de vigilancia especial a la EPS por el término de un (1) año, posteriormente, mediante la Resolución 005098 del 18 de mayo de 2018, por otro año más.

6. Que mediante la Resolución 10086 del 2 de octubre de 2018 la Superintendencia Nacional de Salud estableció las condiciones y plazos para realizar la actualización de la autorización de funcionamiento otorgada a Coomeva EPS, evidenciando que al primer semestre de 2018, Coomeva EPS presentaba incumplimientos en: a) las condiciones financieras y de solvencia establecidas en el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 (patrimonio adecuado y régimen de Inversiones de las reservas técnicas); b) en cobertura de red de servicios de salud de alta y baja complejidad y especialidades básicas para el régimen contributivo; c) en los indicadores de experiencia en la atención en: porcentaje de tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el POS, porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa, porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna; d) en los indicadores de gestión del riesgo en: tasa incidencia de sífilis congénita, porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal, porcentaje de captación de hipertensión arterial (HTA) en personas de 18 a 69 años en régimen contributivo, porcentaje de pacientes hipertensos controlados

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

menores de 60 años y porcentaje de pacientes diabéticos controlados, y, f) ocupaba el tercer lugar dentro de las EPS del régimen contributivo con mayor tasa de PQRD. Por todo lo anterior, se concedió a la EPS un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el reporte de la totalidad de los documentos que soportaban el cumplimiento del 100% de los criterios y estándares para la autorización establecidos en la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 2515 de 2018, así mismo, dentro del artículo tercero se concedió un plazo de dos (2) meses para subsanar los incumplimientos de los literales b) y c)1 y a su vez en el artículo tercero de la citada resolución se concedió un plazo de tres (3) meses para subsanar los incumplimientos a los indicadores señalados en los literales a), d) y e).

7. A través de la Resolución 011687 del 20 de diciembre de 2018, el Superintendente Nacional de Salud aprobó la solicitud de plan de ajuste y recuperación financiera presentado por Coomeva EPS, en el sentido de acogerse a los plazos y tratamiento financiero especial previsto en el artículo 2.5.2.2.1.17 del Decreto 780 de 2016, adicionado por el artículo 4 del Decreto 2117 de 2016.

8. El día 16 de septiembre de 2019, al señor HERNÁNDEZ, se le informó que requería una cirugía en el ojo derecho debido a descentramiento de LIO OD, para lo cual la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA de Cali quién era la entidad que para ese momento prestada lo servicios a COOMEVA EPS, emitió las órdenes para la autorización de la cirugía y la cotización del lente intraocular para el OD (ojo derecho).

9. Coomeva EPS no logró superar todos los hallazgos que dieron origen a la medida de vigilancia especial, en consecuencia, se hizo necesario prorrogar la medida preventiva de vigilancia especial impuesta a la EPS mediante la Resolución 09785 del 15 de noviembre de 2019 por el término de un (1) año.

10. Dichas órdenes fueron entregadas a COOMEVA EPS para que aprobara exámenes, cirugía, cotización para el lente intraocular, en su sala SIP en diciembre de 2019, sin embargo después de radicada la orden, COOMEVA EPS no brindó respuesta dentro de los términos que establece la Ley para dicho trámite; por el contrario días después de que mi cliente se acerca nuevamente a la SALA SIP para preguntar acerca de la autorizado del procedimiento que él requería, le informa funcionaria que su prestador de servicios ya no era la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, sino el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, esto supone como lo manifestó funcionaria de SALA SIP iniciar nuevamente el proceso con médico general.

11. Mediante Resolución No. 013000 del 13 de noviembre de 2020, se prorrogó la medida

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

preventiva por el término de nueve (9) meses.

12. Debido a la contingencia sanitaria que afectó a todo el mundo por motivos de la pandemia del Covid-19 y de acuerdo al confinamiento obligatorio, el proceso del señor HERNÁNDEZ inició el 30 de Junio del 2020, para ese momento COOMEVA EPS solo atendía en SALA SIP vía correo electrónico: salasipvirtualsuroccidente@coomeva.com.co, mi cliente respetando el protocolo, radica orden, copia de la historia clínica, cotización del lente intraocular, para su respectiva autorización, sin embargo tampoco obtuvo respuesta dentro de los términos que establece la Ley aun cuando el Instituto para NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, en la historia clínica refiere que la operación es "PRIORITARIA" ya que la presión está elevándose.

13. El día 21 de septiembre de 2020, el señor HERNÁNDEZ, al percatarse de la demora en respuesta, radicó a COOMEVA EPS vía correo electrónico, un derecho de petición para obtener respuesta sobre la orden de aprobación de la cirugía y de la cotización del lente intraocular para el ojo derecho, indicando que la cirugía es prioritaria. Sin embargo, nuevamente no se obtuvo respuesta por parte de COOMEVA EPS.

14. El día 27 de octubre del 2020, el señor HERNÁNDEZ, debido a la falta de respuesta por parte de COOMEVA EPS, acude al principal mecanismo constitucional que él como ciudadano colombiano tiene para hacer valer sus Derechos más fundamentales en este caso, su Derecho a la vida, y presenta ACCIÓN DE TUTELA contra COOMEVA E.P.S.

15. El día 10 de Noviembre del año 2020 mediante sentencia 186-2020 el Juzgado Veinte Civil Municipal del Cali, mediante fallo "ordena al representante legal de COOMEVA E.P.S. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, autorice y garantice la realización del procedimiento denominado "VITRECTOMÍA CON O SIN INSERCIÓN DE SILICON O GASES MAS ENDOLASER, RETIRO DE LIO DESENTRADO, IMPLANTE DE LIO SATURADO A ESCALERA EN OJO DERECHO" a mi cliente el señor MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIOS, en el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, toda vez que esta fue la última institución que lo auscultó por el direccionamiento de la E.P.S".

16. El 17 de noviembre del 2020, en la sala SIP de COOMEVA EPS entrega al señor Manuel Desiderio Hernández Ríos la orden de cirugía impresa, y con dicha autorización se dirigió al INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS, para radicar la orden de cirugía para su programación; sin embargo, el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS manifiesta que COOMEVA E.P.S. tiene que realizar el pago anticipado del procedimiento. Esta

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

respuesta reposa por escrito y fue radicada en COOMEVA E.P.S. sin embargo transcurridos unas semanas más de que al parecer a mi cliente ya se le había autorizado por parte de COOMEVA EPS el procedimiento, este no se pudo realizar debido a que según respuesta de la IPS INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS, aún no se le había cancelado dicho procedimiento, esta dilatación absurda por parte de la EPS como de la IPS, generaron en mi cliente daños irreversibles en su ojo derecho.

17. El día 30 de noviembre del 2020 el señor HERNÁNDEZ, presenta incidente de desacato, por el no cumplimiento del fallo de tutela, en esta ocasión nuevamente se tutelan los Derechos fundamentales a la vida, a la salud y a la seguridad social.

18. El día 14 de Enero del 2021 el señor HERNÁNDEZ, interpone nuevamente incidente de desacato debido a que transcurridos aproximadamente dos años de emitida la orden por parte de la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, aún mi cliente no había recibido la atención necesaria para la salud de su ojo derecho por el contrario esos casi dos años el señor HERNÁNDEZ dedicó su tiempo, sus esfuerzos y su dinero, en buscar todos los mecanismos legales y constitucionales que el estado colombiano brinda para hacer garantizar sus Derechos más fundamentales, interpuso Derecho de petición, tutelas, incidentes de desacato, asimismo se comunicó con la SUPERINTENDENCIA DE SALUD para interponer queja por la demora en los servicios de salud, sin embargo tampoco obtuvo respuesta de fondo por parte de esta entidad del estado, mi cliente hizo todo lo que estaba legalmente a su alcance para poder acceder al servicio de salud de manera oportuna, sin embargo ninguno de estas entidades del estado, ni los mecanismos legales, le brindaron garantías por el contrario el señor Manuel Desiderio se vio enormemente perjudicado en su condición de salud.

19. El día 28 de mayo del 2021, trascurridos dos años después de la orden es cuando al señor HERNÁNDEZ, COOMEVA EPS, le autoriza el procedimiento "VIRECTOMIA CON O SIN INSERCIÓN DE SILICON O GASES MAS ENDOLASER, RETIRO DE LIO DESENTRADO, IMPLANTE DE LIO SATURADO A ESCALERA EN OJO DERECHO" que es realizado por IPS INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS, sin embargo en el momento de estarse realizando el procedimiento médico, se pudo detectar que la condición del ojo derecho de mi cliente había empeorado, su diagnóstico inicial era un una RETINOPATÍA, pero debido a la demora administrativa, la falta de oportunidad en la respuesta, la omisión que hicieron a los fallos de tutela e incidentes, la falta de seguimiento y cumplimiento de la normas por parte de entidades públicas a las cuales mi cliente acudió su diagnóstico ahora es GLAUCOMA NEO VASCULAR (vasos anómalos en el iris) por lo cual debe continuar un nuevo tratamiento, este diagnóstico sin duda se pudo haber evitado

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

si se hubiera brindado una respuesta oportuna por parte de COOMEVA EPS, asimismo si la SECRETARIA DE SALUD DE CALI, SUPERINTENDENCIA DE SALUD, hubieran realizado a cabalidad el protocolo que exige la ley para salvaguardar los derechos fundamentales, como el derecho a la salud, a la vida, a la dignidad, mi cliente hubiera podido acceder a tiempo al procedimiento que el requería y no hubiera perdido la visión en su ojo derecho; mi cliente interpuso una tutela y dos incidentes de desacato, si bien es cierto hubo fallo a su favor, no se cumplió con las sanciones por desacato que la misma ley tiene contemplados para quien no cumpla un fallo proferido por un juez de la república, si se hubieran cumplido dichas sanciones contra COOMEVA EPS seguramente dicha entidad hubiera brindado respuesta a tiempo Y otra situación más favorable tendría mi cliente, pero como se puede evidenciar en los hechos, en las pruebas adjuntas a este escrito, todos le fallaron al señor MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS.

20. El Sr. HERNÁNDEZ, continuó en controles para el 17 y 23 de junio 2021 se encontró presión intraocular elevada del OD y se ordenó el procedimiento de ablación.

21. El 14 de septiembre de 2021 , el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA registró que el paciente fue llevado a ablación de cuerpo ciliar en OD.

22. El Superintendente Nacional de Salud, mediante Resolución 20215100013230- 6 del 27 de septiembre de 2021, ordenó la intervención forzosa administrativa para administrar de Coomeva EPS, por el término de un (1) año, designando como INTERVENTOR al doctor Felipe Negret Mosquera, y a la a la firma BAKER TILLY COLOMBIA LTDA., como Contralor para el seguimiento a la medida de intervención forzosa administrativa para administrar, después de 5 años de mal funcionamiento e incumplimiento de requisitos de funcionamiento para continuar siendo EPS.

23. Mediante Resolución No. 2022320000000189-6 de 2022, el 25 de enero de 2022, el Superintendente Nacional de Salud ordenó la liquidación como consecuencia de la toma de posesión a COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A, después de 6 años, de intentos de corregir problemas claramente de fondo de una EPS que no tenía solución. Decisión de liquidación que si se hubiera tomado a tiempo hubiera evitado las barreras administrativas que causaron los daños al Sr. HERNÁNDEZ.

24. El 30 de marzo de 2022, la aseguradora SEGUROS ALFA, emitió un dictamen de pérdida de capacidad laboral por solicitud del Sr. HERNÁNDEZ, con una calificación del 57.67% como valor de deficiencia.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

25. El 18 de mayo de 2022, a través de concepto de auditoría de calidad se emitió un concepto técnico médico que indicó: "La falla del servicio por parte de la EPS COOMEVA consiste en la falta de diligencia, oportunidad, eficiencia y pericia para el manejo adecuado de la patología presentada por el paciente MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS al no autorizar tratamiento quirúrgico requerido y solicitado por sus médicos tratantes oftalmólogos y sub especialistas en retina, lo que le implicó un retardo en la realización del procedimiento y la pérdida de la oportunidad de salvar su ojo y la visión"

RESUMEN DE LAS PRETENSIONES:
Las pretensiones se resumen así:

1. Con el fin de evitar el eventual proceso judicial de medio de control de REPARACIÓN DIRECTA, en contra de las entidades CONVOCADAS, donde se solicitará la declaración de la responsabilidad extracontractual y la indemnización por daños y perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales generados por el sufrimiento y dolor, por la demora de los agentes del Sistema de Seguridad Social de Salud (convocados), la EPS por la imputación directa de la falta de oportunidad en la autorización del procedimiento necesario para el Sr. HERNÁNDEZ, para las IPS por las claras barreras administrativas que no permitieron después de la autorización la realización de un procedimiento en oportunidad y de parte de los entes de control y vigilancia (Supersalud y Secretaria de Salud) por la demora en tomar una decisión de liquidación y no vigilancia del cumplimiento a la eliminación de barreras administrativas por parte de las IPS respectivamente. Hechos y omisiones que causaron la falta de oportunidad en la atención con las claras secuelas de invalidez permanente para el Sr. HERNÁNDEZ.

2. Se solicita conciliar la declaración de condena de reparación del daño material por un valor de **$207´648.012** y está discriminado según los siguientes conceptos:

2.1. DEL DAÑO EMERGENTE

No se solicitan, toda vez que no aportaron soportes válidos (facturas) para este tipo de perjuicio.

TOTAL, DAÑO EMERGENTE = $0

2.2. EL LUCRO CESANTE

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

En vista que el lesionado sufrió una disminución de VALOR FINAL DE LA PCL / OCUPACIONAL (%): 57.67, de acuerdo al dictamen pericial adjunto1.

Se tiene como prueba el certificado de trabajo de la empresa Sonda Colombia y desprendible de nómina que demuestra que percibía un salario mensual por un valor de $1,700,000.

Para liquidar este perjuicio pensemos que una línea horizontal implica el proceso, se inicia desde el momento en que ocurrieron los hechos dañosos, ese hecho hacia el futuro, las personas demandantes tienen derecho a ser indemnizadas, más adelante encontramos una primera etapa que va desde el hecho hasta la sentencia, se conoce con el nombre de periodo de indemnización debida o consolidada. La segunda etapa que abarca desde el día siguiente a la sentencia hacia futuro y que puede terminar, con la vida probable, esta se llama a indemnización futura o anticipada.

Para la realización de la liquidación se deben tener en cuenta previamente los siguientes factores;
El tiempo trascurrido, desde el hecho hasta la sentencia, es decir desde el 14 de julio de 2020 (fecha de orden para cirugía prioritaria incumplida, que generó efectos siguientes de imposibilidad de implantar el lente en la fecha 28 de mayo de 2021 y ablación de cuerpo ciliar del ojo derecho el 14 de septiembre de 2021) hasta el 3 de junio de 2022, fecha en que se radicará la solicitud de conciliación extrajudicial.

En primer lugar, queremos saber cuánto tiempo ha transcurrido entre el hecho y la fecha actual, entonces se resta:

A - M – D
2022– 06 – 03
2020 – 07 – 14
1 – 10 - 19

Se hace la operación de derecha a izquierda, así; Días: 03 menos 14, se toma prestado 30 días de los 6 meses, 33 menos 14 = 19. Los meses: A 5 no se le puede restar 7, por lo que, se toma prestado un año y se resta 17-7 meses= 10, quedarían los Años: 2021 – 2020= 1 año.
Luego volvemos todos los años y los días en meses, y tenemos 1 año por x 12 = 12 meses, más 10 meses y 19 días (que se divide en 30), es igual a 0,6, para un total de = **22,6** meses.
Entonces sabemos que entre el hecho y la fecha de liquidación trascurrieron **22,6** meses.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Para efectos de liquidar hay que tener en cuenta diferentes factores, como establecer quienes demandan (en este caso solo la víctima)

En el presente caso se calcula la vida probable teniendo en cuenta la edad de la víctima, en este caso; el señor MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS, con fecha de nacimiento 12 de febrero de 1975 y la tabla de mortalidad colombiana, la hicieron y la utilizan las compañías aseguradoras, la Superintendencia Bancaria mediante la Resolución No 0996 del 28 de marzo de 1990 adopto esta tabla y con la misma se calcula el promedio de vida de las personas, entonces para el presente caso tenemos en cuenta la Resolución actualizada No. 1555 de 2010 donde el promedio de vida para un hombre de 45 años (al momento de los hechos), el promedio de vida es de **36.2**

Otro punto que vamos a manejar es el índice de precios al consumidor (IPC) mes por mes, el DANE lo suministra y se aplica la siguiente fórmula para indexar sumas;

Vp = Vh = IF / II.

Donde Vp= Valor presente, VH= Valor Histórico, IF= Índice de precios al consumidor final, II= Índice de precios al consumidor inicial.

Este es necesario para actualizar la suma de los ingresos mensuales recibidos en el momento del daño, es decir $1,700,000
Así las cosas, en este caso tenemos los siguientes datos para la liquidación;

Meses transcurridos: 22,6
Occiso: Promedio de vida 36.23
Víctima: Sr. MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS
Hechos: 14 de julio de 2020
IPC Inicial: julio de 2020: 104,97
IPC Final: abril de 2022: 117,71
Ingresos mensuales: $1,700,000

a) Ahora bien, es necesario actualizar la suma pretendida;

VP=V=IF/II

Vp= $1,700,000 x 117,71/ 104,97

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

= $1.906.325

b) Se incrementan en un 25%, por concepto de prestaciones sociales y se debe deducir 25%, que es la suma que la víctima destinaba a sus propios gastos, a su propio sostenimiento. (Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia 4 de octubre de 2007 Exp. Acumulados 16058 y 21112 Magistrado Ponente: Dr. Enrique Gil Botero)

De tal manera, que en este caso y teniendo en cuenta la situación, se puede consolidar un salario base de liquidación de **$1.787.179** como salario base de liquidación.

c) **Liquidación.** Se realiza aplicando la fórmula4 para liquidar indemnización debida o consolidada para saber en plata cuánto vale desde el momento que ocurrieron los hechos hasta el momento de la sentencia.

$$S = \frac{Ra\ (1+i)^{n-1}}{1}$$

2.3. LIQUIDACIÓN LUCRO CESANTE DEBIDO O CONSOLIDADO.

Entonces se va a liquidar primera la indemnización debida de la víctima.

$$S = \frac{\$1.787.179\ (1*0.004867)^{22,6} - 1}{0.004867}$$

S= $42.585.977[5]

TOTAL, LUCRO CESANTE DEBIDO O CONSOLIDADO= $42.585.977

2.4 LUCRO CESANTE FUTURO

Tiene casi la misma fórmula de la indemnización debida.

$$S = \frac{Ra = (1+i)^{n-1}}{I\ (1+i)^{n}}$$

Se liquida teniendo en cuenta el promedio de vida de la víctima **36.26,** porque el señor tenía 45 años, al momento de los hechos, entonces lo volvemos meses así: **36.2** x 12, n= 434,4 meses, menos lo que ya pagamos como indemnización consolidada donde era igual a **22,6**.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Resulta para pagar en indemnización futura n= **411,8**

$$S= \frac{Ra= \$1.787.179\ (1+0.004867)^{411,8}-1}{0.1\ (1+0.004867)^{411,8}}$$

S= **$317.476.468**[7]

TOTAL, LUCRO CESANTE FUTURO = $317.476.468

2.5. TOTAL, LUCRO CESANTE CONSOLIDADO + FUTURO = $360´062.445
Del cual se le calcula para indemnización solo el **57.67%** que es la perdida de independencia funcional que tiene la victima de acuerdo dictamen de pérdida de capacidad laboral y ocupacional, para un total de **$207´648.012**

3. Se solicita conciliar la declaración de condena de reparación del daño inmaterial o extra patrimonial ocasionado, a favor de los actores, o a quien represente legalmente sus derechos, por los perjuicios causados según la jurisprudencia del Consejo de estado así, que se estima en TOTAL: 100 SMLMV 2022 (EQUIVALENTE A $100.000.000), discriminados así:

a) Perjuicios morales;

De conformidad con la evolución de la jurisprudencia, la Sección Tercera del Consejo de Estado reconoce la reparación del daño moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

Para el efecto se fija como referente en la liquidación del perjuicio moral, en los eventos de lesiones, la valoración de la gravedad o levedad de la lesión reportada por la víctima. Su manejo se ha dividido en seis (6) rangos:

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES

GRAVEDAD DE LA LESIÓN	NIVEL 1 Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	NIVEL 2 relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	NIVEL 3 Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	NIVEL 4 Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil.	NIVEL 5 Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	SMLMV	SMLMV	SMLMV	SMLMV	SMLMV
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	1
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	1
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.

b) Daño a la salud.

El daño a la salud8 gana claridad, exactitud y equidad donde los precisados perjuicios la pierden, puesto que siempre está referido a la afectación de la integridad psicofísica del sujeto, y está encaminado a cubrir no solo la modificación de la unidad corporal sino las consecuencias que las mismas generan, razón por la que, seria comprensivo de otros daños como el estético, el sexual, el psicológico, entre otros, sin que existiera la necesidad de ampliar en demasía la gama o haz de daños indemnizable, con lo que se conseguiría una sistematización del daño no patrimonial, para el presente caso, el Sr. HERNÁNDEZ es clara que el daño a la salud tras la pérdida de órgano de la visión.

Es necesaria la aplicación del principio de reparación integral, establecido en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998. Esto es, recuperar el significado primigenio del daño a la salud, que es el hilo conductor del daño inmaterial diferente de la moral que se pretende establecer, y a partir de allí indemnizar de acuerdo con los derechos fundamentales afectados patrimonialmente por el hecho dañoso.

c) **Reparación del daño a otros bienes constitucionales protegidos y medidas de reparación integral**

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

En el presente se hace importante analizar desde la perspectiva de la salud como un derecho humano, se debe tener en cuenta que a pesar de que la prestación del servicio de salud ha sido delegado en terceros, es responsabilidad del Estado y de todos los agentes del Sistema de Seguridad Social en Salud, sistema que comenzó a regir hace más de 23 años, por lo que hoy en día no hay ninguna justificación para que el servicio siga ofreciéndose dentro de niveles de baja calidad y con la barreras administrativas que causan graves daños a los afiliados, vulnerando la Dignidad humana, humanidad, justicia, universalidad, igualdad, prevalencia de derechos, autonomía, beneficencia (benevolencia) o no maledicencia, cooperación, equidad, solidaridad, calidad, integralidad, efectividad (búsqueda de mejores resultados en salud y calidad de vida), responsabilidad, enfoque diferencial (hay personas o grupos con características particulares que requieren especiales garantías), progresividad (actualidad inclusiva y ampliación gradual de prestaciones benéficas), libre escogencia (para elegir el sistema dentro de la oferta posible), sostenibilidad fiscal, transparencia, corresponsabilidad (autocuidado personal, familiar y colectivo), irrenunciabilidad del derecho a la salud, prevención (enfoque de precaución), continuidad del servicio para no poner en peligro al paciente, disponibilidad, aceptabilidad (respeto a la ética médica, a la cultura, a las minorías y de la cosmovisión en salud), accesibilidad universal al servicio, calidad e idoneidad profesional, interpretación prohomine y prosalud, oportunidad y equidad, entre otros.

Estos principios nodales en el Estado Constitucional, adviértase, el hondo contenido humano y social de la dignidad humana, por cuanto es la vida de las personas de lo que se trata de proteger.

3.4. LIQUIDACIÓN PERJUICIOS POR LESIONES PERSONALES

TIPO DE PERJUICIO	NOMBRE	NIVEL	GRAVEDAD DE LESION	TOTAL, SMLMV
INMATERIAL DAÑO MORAL	MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ	Victima	57.67%	100
TIPO DE PERJUICIO	NOMBRE	NIVEL	GRAVEDAD DE LESION	TOTAL, SMLMV
	RIO C. C. 94432656			
INMATERIAL DAÑO A LA	MANUEL DESIDERIO	Victima	57.67%	100

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

SALUD	HERNÁNDEZ RIO C. C. 94432656			

6. Las sumas reconocidas en el acta de conciliación devengarán intereses comerciales durante los seis meses siguientes al fallo que homologue el acuerdo conciliatorio, y moratorios al vencimiento de dicho término, así mismo las sumas respectivas serán actualizadas.

7. Al acta respectiva se le dará cumplimiento en los términos estipulados en la ley. En consecuencia, sírvase señor Procurador, instar a la parte convocada con el fin de que presenten una propuesta de acuerdo a las anteriores pretensiones.

CUANTIA: 207.648.012.

B. ANÁLISIS JURÍDICO:

Respecto de la responsabilidad administrativa del Estado por daños causados a particulares, la jurisprudencia tradicionalmente exige la presencia de tres elementos esenciales a saber: a) un daño causado a un bien jurídicamente titulado; b) una falla en la prestación del servicio, por acción u omisión, retardo o irregularidad en su prestación; y c) el nexo causal entre uno y otro. Es decir una relación de causalidad entre la falta o falla de la administración y el daño, sin la cual aún demostrada la falta o falla del servicio, no habrá lugar a indemnización.

A su vez, la entidad demandada en este caso, la administración municipal solo podrá exonerarse o exculparse y probando la fuerza mayor, el hecho exclusivo de la víctima y el hecho, también exclusivo y determinante de un tercero.

LA FALLA DEL SERVICIO DEBE SER PLENAMENTE ACREDITADA POR PARTE DEL DEMANDANTE.

El aspecto fundamental para dirimir este asunto, será del análisis que se haga frente al nexo de causalidad elemento de vital importancia dentro de los requisitos para que surja la responsabilidad civil extracontractual. Como su nombre lo indica nexo de causalidad es la relación, el vínculo, que debe existir entre el hecho y el correspondiente daño. Si no hay causal no surge la responsabilidad civil.

La tesis de "causalidad adecuada", sostiene que los fenómenos que concurren a un resultado son de varias categorías. Unos de incidencia determinante que son causas y otros

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

de incidencia menos determinante que son las condiciones. Dentro de las verdaderas causas, es decir, la causa adecuada al resultado.

Para adoptar cualquier decisión en este caso con fundamento en las pruebas aportadas al proceso, es indispensable que el operador jurídico se encuentre convencido por ellas, es decir, que se encuentre con grado certeza sobre los hechos que declaran. Si las pruebas no alcanzan a producir esa convicción, porque no existe o por que pesa en su espíritu por igual o a favor y en contra, o más a favor de una conclusión, pero sin despejar concretamente la duda razonable, no podrá apoyarse en aquellas para resolver.

Frente a la declaración de responsabilidad administrativa al Distrito de Santiago de Cali, Secretaría de Salud, es de tenerse en cuenta que la atención y toda prestación del servicio médico y de salud fue prestado a la convocante, a través de la EPS COOMEVA, la CLINICA OFTALMOLOGICA DE CALI y el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS **instituciones prestadoras de servicios de salud, AUTÓNOMAS, CON PERSONERÍA JURÍDICA, PATRIMONIO PROPIO y AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA cuya representación recae en el Gerente, o su representante legal, en cada una de ellas, lo que en consecuencia las convierte en entidades plenamente responsables de sus propios actos u omisiones,** razón por lo cual no hay lugar para que bajo ningún título se considere obligado al DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI - SECRETARÍA DE SALUD a pagar daños materiales e inmateriales, e intereses causados al demandante, por la presunta falla en la prestación de servicio de salud al convocante que desencadenó presuntamente en daños irreversibles en su ojo derecho.

El hoy Distrito de Santiago de Cali y la Secretaría de Salud de Cali no tuvieron injerencia alguna en la ocurrencia del hecho, y NO EXISTE relación alguna entre el daño alegado por los convocantes y el Distrito de Santiago de Cali, pues debe existir la relación de causalidad (Nexo Causal) entre el daño alegado (acción u omisión) y la conducta de la Entidad Pública que sea determinante entre su accionar y el daño; situación que no se presenta en el caso expuesto y que es motivo de análisis, dado que la EPS COOMEVA a través del INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS Y LA CLINICA OFTALMOLOGICA DE CALI, fueron las instituciones que estaban en posición garante frente a la seguridad del paciente, pues como se puede dilucidar de los hechos y en las pruebas aportadas (Historia Clínica), la intervención fue hecha por una entidad diferente al Distrito de Santiago de Cali – Secretaría de Salud, para ello reitero, que no tuvo ningún tipo de injerencia directa o indirecta en el resultado.

Es preciso recalcar que el Distrito de Santiago de Cali – Secretaría de Salud no tuvo, ni tiene ningún vínculo contractual con la entidad prestadora de los servicios de salud en mención,

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

donde se presentaron los hechos, por lo cual no existe la posibilidad de endilgarse algún tipo de responsabilidad civil contractual o extracontractual, ni tampoco comercial por omisión del Ente Territorial.

El DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI, SECRETARÍA DE SALUD, entidad que represento, no está llamada a responder por los perjuicios y demás daños pretendidos, por cuánto no hay nexo de causalidad entre la falta o falla de la Administración y el daño; sin la cual, aún demostrada la falta o falla del servicio, no habrá lugar a indemnización, pues cualquier falla o negligencia en el servicio debe ser atribuible en caso de probarse a quien le prestó el servicio.

En igual forma no concurren los requisitos que reiteradamente ha señalado la jurisprudencia del Consejo de Estado, para que se de esta responsabilidad:

A. Una falla en el servicio **de la administración**, por omisión, retardo, irregularidad, ineficiencia, o ausencia del servicio.

B. Un nexo causal entre la causa o la falla de la administración y el daño sin el cual aún demostrada la falta o falla del servicio no habrá lugar a la indemnización.

Así pues es importante reiterar que, la Secretaría de Salud – Alcaldía Distrital, **no es prestadora de servicios de salud**, por el contrario articula esfuerzo para garantizar la salud de la población mediante la rectoría, el direccionamiento de las políticas de salud, la coordinación y la vigilancia del Sector Salud y del Sistema de Seguridad Social en la salud del territorio.

Así pues, se proponen las siguientes excepciones:

EXCEPCIONES

Las siguientes excepciones tienen como base los fundamentos de derecho que acabo de exponer, a saber:

FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

Propongo esta excepción por cuanto no puede haber responsabilidad alguna para el Distrito de Cali – Secretaría de Salud Pública, en el mencionado evento, pues no hay legitimación en la causa, la cual consiste según la Corte Suprema de Justicia "*en la identidad del*

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

demandante con la persona a quien la Ley concede el derecho que reclama y en la identidad del demandado con la persona frente a la cual se puede exigir la obligación correlativa".

Ni el DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI, ni la SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE CALI, son los llamados a responder por las pretensiones de los demandantes toda vez que la atención médica fue prestada por la EPS COOMEVA, LA CLINICA OFTALMOLOGICA DE CALI y el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS, y dado que dichas entidades, están dotadas de autonomía administrativa, financiera y jurídica, deben ellas responder por las fallas del servicio médico si se ha dado; cuya representación recae en el Gerente o su representante legal, en cada una de ellas, lo que en consecuencia las convierte en entidades plenamente responsables de sus propios actos u omisiones.

Situación diferente al DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI – SECRETARIA DE SALUD PUBLICA, que no es prestadora de Servicios de Salud, sino que articula esfuerzos para garantizar la salud de la población mediante la rectoría, el direccionamiento de las políticas de salud, la coordinación y la vigilancia del Sector Salud y del Sistema de Seguridad Social en la Salud del Municipio, para la fecha de los hechos, en el nivel I de atención en promoción y prevención de la salud, en un marco de humanización, buenas prácticas, de garantía de los derechos y armonización de las relaciones entre los actores del sistema.

Por lo tanto, opera la excepción de **FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA**, ya que la Administración Distrital se deberá oponer a la prosperidad de las pretensiones de la parte demandante, por cuanto, de conformidad con los hechos que se alegaron en la misma, la Administración no está legitimada para asumir responsabilidad alguna en los hechos que se le endilgan en la presente convocatoria que posteriormente pretende instaurarse como medio de control de Reparación Directa.

Así las cosas ni el Distrito de Cali, ni la Secretaría de Salud Pública, tuvieron participación directa o indirecta en la atención médica de la convocante, no existiendo en consecuencia nexo causal entre el presunto daño causado a la misma y la acción o la omisión del Ente Territorial y de dicha Secretaría; razones que considero suficientes para que se declare la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, toda vez que el Distrito de Santiago de Cali, es ajeno a las acciones u omisiones de dicha entidad donde finalmente le prestaron los servicios de salud.

La participación del Distrito de Cali en la ocurrencia de los hechos materia de este medio de control, debe ser demostrada por la demandante, conforme se ha manifestado el Consejo de Estado Exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa, Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

de 2006 y Proceso 14.452 donde manifestó lo siguiente:

> *"...sólo están legitimados materialmente quienes participaron realmente en los hechos que le dieron origen a la formulación de la demanda. En la falta de legitimación en la causa material solo se estudia si existe o no relación real de la parte demandando o demandante con la pretensión que se le atribuye o la defensa que se hace respectivamente. En últimas la legitimación material en la causa o por activa o por pasiva es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o demandado".*

Por lo tanto al no corresponder lo pretendido al marco funcional y de competencias del Distrito Especial de Santiago de Cali, se configura una evidente falta de competencia para atender las reclamaciones pretendidas, lo que se traduce en una ausencia de legitimidad en la causa por pasiva, frente a la Entidad Territorial que represento.

Por lo anterior, es claro que el Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali, no está legitimado en la causa en el extremo pasivo y en estricto sentido procesal, no está llamado a responder por lo pretendido en la demanda de reparación directa.

INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL

La realidad es que en el presente caso la hoy Administración Distrital de Cali, Secretaría de Salud Pública, *no es prestadora de servicios de Salud*, en virtud de lo establecido en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993 y Ley 715 de 2001, por lo cual no tiene ninguna responsabilidad en los perjuicios y daños pretendidos en el presente medio de control de reparación directa, por cuanto frente a los hechos endilgados y al daño presentado, **no existió el nexo causal**, requisito *sine qua non* para pregonar responsabilidad, toda vez que SI ASÍ SE PRUEBA, la responsabilidad sería de la entidad que prestó en su momento la atención a la menor de edad y que tienen la condición de entidades dotadas de PERSONERÍA JURÍDICA, PATRIMONIO PROPIO y AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, cuya representación recae en su Gerente y/o Representante Legal, lo que en consecuencia las convierte en entidades plenamente responsables de sus propios actos u omisiones que le generen perjuicio a la población que atienden.

Se advierte así mismo que para radicar la responsabilidad es necesario establecer que un perjuicio es causado por una determinada acción u omisión del demandado, porque sin esa relación de causalidad no habría lugar a la indemnización correspondiente. Lo contrario

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

excluye la responsabilidad por falta de la relación de causalidad entre la acción u omisión y el daño.

Respecto del nexo de causalidad en los casos de responsabilidad médica relacionada con la responsabilidad del Estado por actividades médicas de las entidades, El Consejo de Estado ha sostenido la tesis según la cual, la carga de demostrar la relación de causalidad existentes entre el hecho o la omisión del demandado y el daño sufrido, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, está en cabeza de la actora. Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 31 de agosto de 2006, Exp.15772, C.P. Ruth Stella Correa.

Así las cosas, las consecuencias del deceso se limitan a; (i) negligencia médica o (ii) como consecuencia directa de una patología, ambas teorías excluyen de manera directa la responsabilidad de la Secretaría de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali, como quiera que la misma no es una Institución Prestadora de Salud, la cual se encuentra definida en el artículo 156 de la Ley 100 de 1993.

El presente caso debe examinarse bajo el régimen de la falla probada, en la cual al demandante le incumbe la demostración de todos los elementos que configuran la responsabilidad estatal y, ya que se imputa una omisión administrativa, corresponde a la parte probar la existencia del perjuicio y su relación de causalidad con la omisión de la cual él se deriva, acreditar la existencia de la falla del servicio consistente en el cumplimiento de un deber y demostrar que dicha falla fue la única causante del daño.

Colorario de lo anterior, en el sub lite no es posible endilgar responsabilidad administrativa y pecuniaria a mi representada, Distrito Especial de Santiago de Cali, quien reitero, no ha ejercido actuación activa o pasiva que conllevaran injerencia alguna en el resultado perjudicial, presentándose una ruptura en el nexo causal entre el daño pregonado y la supuesta falla del servicio del ente territorial, dado que no hubo prestación del servicio médico por mi representada ni competencia para administrar estos servicios de salud, toda vez que carece de competencia territorial.

Por lo que en el presente caso, no se puede pretender endilgarle responsabilidad administrativa y pecuniaria a mi representado al hoy DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI - Secretaría de Salud, quien reitero, no intervino en la realización del presunto acto perjudicial y así se rompe el nexo causal entre el daño endilgado y la supuesta falla en el servicio del ente territorial, dado que no hubo prestación del servicio médico por nuestra parte, ni la competencia para administrar dichos servicios de salud, toda vez que tal competencia no se tiene.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

INNOMINADA.
Esta excepción consiste en todo hecho o acto que resulte probado dentro del proceso en virtud del cual, se establezca que el Distrito Especial de Santiago de Cali, Secretaría de salud Pública, no tiene la obligación de indemnizar los perjuicios reclamados en el libelo base del presente proceso.

POSICIÓN INSTITUCIONAL:

El Comité de Conciliación y Defensa Judicial del Distrito Especial de Santiago de Cali, acoge la posición jurídica sustentada por el apoderado que ejerce la representación de la entidad y decide, no presentar formula conciliatoria, toda vez que en el presente petitum, no existe causa, ni nexo causal, ni culpa ni falla presunta o daño antijurídico, en las condiciones de salud que convocan al presente caso, las cuales no tuvieron su origen institucionalmente.

De obligación de seguridad sólo puede hablarse en un sentido genérico, la cual está a cargo de las entidades prestadoras de salud, entendida ésta como la preservación de la salud y protección de la integridad física y vida de los pacientes; pero de ello no puede extraerse la existencia del compromiso de un determinado resultado, sino que bien puede asumir el perfil de obligación de medios como lo es la prestación médica típica (Cfr. GAMARRA, "Responsabilidad civil médica", 1, FCU, 1999, p. 215-217).

así mismo se considera que no se encuentra legitimado en la causa, pues la participación del municipio en la ocurrencia de los hechos materia de esta acción debe ser demostrada por el accionante, en este sentido el Consejo de Estado, manifestó lo siguiente:

"La legitimación en la causa -legitimatio ad causam- se refiere a la posición sustancial que tiene uno de los sujetos en la situación fáctica o relación jurídica de la que surge la controversia o litigio que se plantea en el proceso y de la cual según la ley se desprenden o no derechos u obligaciones o se les desconocen los primeros o se les exonera de las segundas. Es decir, tener legitimación en la causa consiste en ser la persona que, de conformidad con la ley sustancial, se encuentra autorizada para intervenir en el proceso y formular o contradecir las pretensiones contenidas en la demanda por ser sujeto activo o pasivo de la relación jurídica sustancial debatida objeto de la decisión del juez, en el supuesto de que aquélla exista. Es un elemento de mérito de la litis y no un presupuesto procesal".[1]

[1] Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 23 de abril de 2008, exp. 16.271, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

De lo anteriormente expuesto, podemos concluir que el accionante no logra demostrar relación alguna entre el actuar de la Administración y la ocurrencia de los hechos que dan fundamento a la presente acción, configurándose así, una excepción por falta de legitimación en la causa por pasiva y que de bulto rompe el nexo causal.

Finalmente existe una clara ausencia de pruebas; no existe material probatorio que permita establecer la presunta falla del servicio que invoca el demandante, establecemos la ausencia de responsabilidad del Ente Territorial, debido a la carencia de probanza en contrario, de acuerdo a las razones expuestas por el togado del derecho.

En igual sentido, vale decir que de conformidad con el artículo 73 de la ley 446 de 1998 que anexa un artículo nuevo (artículo 65A) a la ley 23 de 1991, los acuerdos conciliatorios que no se encuentren suficientemente sustentados en un concluyente material probatorio, serán improbados por la autoridad judicial.

ARTICULO 73. COMPETENCIA. <Incorporado en el Estatuto de los Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos, artículo 60.> La Ley 23 de 1991 tendrá un artículo nuevo, así:

...La autoridad judicial improbará el acuerdo conciliatorio cuando no se hayan presentado las pruebas necesarias para ello, sea violatorio de la ley o resulte lesivo para el patrimonio público.

Por lo anterior no es loable presentar fórmula conciliatoria alguna.

En constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali, a los tres (03) días del mes de agosto del 2022.

MARÍA DEL PILAR CANO STERLING
Presidente Comité de Conciliación
Directora Departamento Administrativo
de Gestión Jurídica Pública

HUGO ALEJANDRO JIMÉNEZ BALCAZAR
Secretario Técnico Comité de Conciliación
Subdirector de Defensa Judicial y Prevención
del Daño Antijurídico

Proyectó: José David Sánchez Celada- Profesional Universitario
Revisó: Martha Lucía Triana López - Asesora

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL
PROCURADURÍA 57 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación E-2022-312176 de 3 de junio de 2022

Convocante (s): MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RIOS

Convocado (s): SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y OTROS

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

En Santiago de Cali, hoy 9 de agosto de 2022, siendo las 2:30 p.m., procede el despacho de la Procuraduría 57 Judicial I para Asuntos Administrativos a celebrar la **AUDIENCIA VIRTUAL DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL** de la referencia. Comparece a la diligencia el (la) doctor (a) **SANDRA MARCELA ORTIZ VALENCIA** identificado (a) con la C.C. número 1.113.636.485 y portador (a) de la tarjeta profesional número 364.183 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado (a) de la parte convocante. También comparece el (la) doctor (a) **CARLOS ANDRÉS MÉNDEZ CASALLAS** identificado (a) con la C.C. número 80.099.677 y portador (a) de la tarjeta profesional número 224.230 del Consejo Superior de la Judicatura, en representación de la entidad convocada SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. También comparece el (la) doctor (a) **DIEGO RICARDO GALAN BARRERA** identificado (a) con la C.C. número 19.476.197 y portador (a) de la tarjeta profesional número 37.502 del Consejo Superior de la Judicatura, en representación de la entidad convocada INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA. También comparece el (la) doctor (a) **VANESSA MACIAS REYES** identificado (a) con la C.C. número 1.14.4.137.174 y portador (a) de la tarjeta profesional número 233.492 del Consejo Superior de la Judicatura, en representación de la entidad convocada CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S A. También comparece el (la) doctor (a) **JUAN MARTÍN ARANGO MEDINA** identificado (a) con la C.C. número 1.053.801.712 y portador (a) de la tarjeta profesional número 232.594 del Consejo Superior de la Judicatura, en representación de la entidad convocada COOMEVA EPS en liquidación. Siendo las 2:45pm se deja constancia de la no comparecencia de la apoderada del Municipio de Cali, quien previamente aportó documentos y acta del Comité de Conciliación. La Procuradora reconoce personería a los apoderados de las partes, en los términos conferidos en los poderes que aportan a la diligencia. Acto seguido el (la) Procurador(a) con fundamento en lo establecido en el artículo 23 de la Ley 640 de 2001 en concordancia con lo señalado en el numeral 4 del artículo 44 del artículo 44 del Decreto 262 de 2000, declara abierta la audiencia e instruye a las partes sobre los objetivos, alcance y límites de la conciliación extrajudicial en materia contenciosa administrativa como mecanismo alternativo para la solución de conflictos. En este estado de la diligencia se concede el uso de la palabra a las partes para que expongan sucintamente sus posiciones, en virtud de lo cual la parte convocante manifiesta: Con el fin de evitar el eventual proceso judicial de medio de control de REPARACIÓN DIRECTA, en contra de las entidades CONVOCADAS, donde se solicitará la declaración de la responsabilidad extracontractual y la indemnización por daños y perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales generados por el sufrimiento y dolor, por la demora de los agentes del Sistema de Seguridad Social de Salud (convocados), la EPS por la imputación directa de la falta de oportunidad en la autorización del procedimiento necesario para el Sr. HERNÁNDEZ, para las IPS por las claras barreras administrativas que no permitieron después de la autorización la realización de un procedimiento en oportunidad y de parte de los entes de control y vigilancia (Supersalud y Secretaria de Salud) por la demora en tomar una decisión de liquidación y no vigilancia del cumplimiento a la eliminación de barreras administrativas por parte de las IPS respectivamente. Hechos y omisiones que causaron la falta de oportunidad en la atención con las claras secuelas de invalidez permanente para el Sr. HERNÁNDEZ. Se solicita conciliar la declaración de condena de reparación del daño material por un valor de $207´648.012. Daño Moral 100 SMLMV, Daño a la Salud 100 SMLMV, todas las sumas con los intereses e indexaciones a que haya lugar. CUANTÍA: Se estima por el valor de los perjuicios materiales $207´648.012. **Seguidamente, se le concede el uso de la palabra al apoderado (a) de la parte convocada – SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-, con el fin de que se sirva indicar la decisión tomada por el comité de conciliación (o por el representante legal) de la entidad en relación con la solicitud incoada:** En sesión de fecha 28 de julio de 2022,mediante Acta No. 395 se sometió a consideración del citado Comité y se decidió no presentar ninguna propuesta de conciliación. Es todo. **Seguidamente, se le concede el uso de la palabra al apoderado (a) de la parte convocada – INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA -, con el fin de que se sirva**

indicar la decisión tomada en relación con la solicitud incoada: Me permito manifestar que no existe ánimo conciliatorio por cuanto conforme a una auditoria medica realizada se pudo concluir que no se reunen los elementos necesarios para la imputación de responsabilidad y por cuanto del estudio de los hechos relacionados en la solicitud se puede observar que las actividades descritas como hechos dañosos no corresponden a las actividades que realiza el instituto. Es todo. **Seguidamente, se le concede el uso de la palabra al apoderado (a) de la parte convocada – COOMEVA EPS en liquidación-, con el fin de que se sirva indicar la decisión tomada en relación con la solicitud incoada:** Me permito manifestar que en virtud del proceso de liquidación la entidad no cuenta con Comité de Conciliación, y la política de la entidad es la de no presentar propuestas de conciliación en eventos como en que nos convoca. **Seguidamente, se le concede el uso de la palabra al apoderado (a) de la parte convocada – CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CALI S.A, con el fin de que se sirva indicar la decisión tomada en relación con la solicitud incoada:** Me permito manifestar que a la entidada que represento no le asiste ánimo conciliatorio, conforme a lo manifestado por el apoderado del INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA se hace necesario revisar las actividades de entidades como la nuestra, previo a convocatorias dentro de procesos judiciales. Es todo. **Seguidamente, se hace lectura de las conclusiones del acta de Comité de Conciliación del Municipio de Cali, contenidas en documento No. 4121.040.1.24 – 356 de 3 de agosto de 2022, donde la posición es la de no conciliar. CONSIDERACIONES DEL MINISTERIO PÚBLICO**: La Procuradora Judicial en atención a la falta de ánimo conciliatorio de las entidades convocadas, declara fallida la audiencia y ordena la expedición de la constancia de Ley. Finalmente se le concede a la apoderada del Municipio de Cali, el término de tres (3) días para que presente excusa por su no comparecencia. Se da por concluida la audiencia virtual.

_____
SANDRA MARCELA ORTIZ VALENCIA
Apoderado de la parte Convocante

_____
CARLOS ANDRÉS MÉNDEZ CASALLAS
Apoderado de la parte Convocada

_____
DIEGO RICARDO GALAN BARRERA
Apoderado de la parte Convocada

_____
VANESSA MACIAS REYES
Apoderado de la parte Convocada

_____
JUAN MARTÍN ARANGO MEDINA
Apoderado de la parte Convocada



_____
MARIA ELENA CAICEDO YELA
Procuradora 57 Judicial I para Asuntos Administrativo

Santiago de Cali,

Señora Doctora
LORENA MARTÍNEZ JARAMILLO
Juez Dieciséis Administrativo
Oral del Circuito de Cali
E. S. D.

correos electrónicos: **adm16cali@cendoj.ramajudicial.gov.co**
of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ref: Contestación de la Demanda
Acción de Reparación Directa
Demandantes: Desiderio Hernández y otros
Demandados: Superintendencia Nacional de Salud y otros
Rad.- 76001-33-33-016-2022-00246-00

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado judicial principal del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, demandado dentro del proceso de la referencia, de conformidad con el poder a mí conferido, que anexo al presente escrito, procedo a **contestar la demanda**, de acuerdo con el contenido del auto de sustanciación N° 1199 del 28 de octubre de 2022 de su Despacho.

Para ello, siguiendo el orden propuesto en la demanda, estructuraré la contestación de la demanda con base en el siguiente esquema:

I. **PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**
II. **PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA**
III. **EXCEPCIONES DE FONDO**
IV. **PRUEBAS**
V. **ANEXOS**
VI. **PETICIONES**
VII. **NOTIFICACIONES**

I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Por ser las pretensiones absolutamente infundadas, y al considerar que no existe falla probada en el servicio, ni daño antijurídico indemnizable, ni nexo causal entre aquélla y éste, expresamente manifiesto que no puede surgir obligación indemnizatoria para mi poderdante.

En efecto, respecto de la falla probada del servicio, la misma parte demandante induce en confusión al Despacho y a las demás partes al plantear la acción, porque si en verdad tiene algún tipo de certeza acerca de cuál entidad demandada incurrió en esa falla, entonces así debió señalarlo sin involucrar a las demás, pero si no tiene tal certidumbre, entonces no le es dable vincularlas a todas al desgaire sin mediar siquiera un mínimo ejercicio de atribución de culpabilidad.

Al no poder efectuar ese juicio atributivo respecto de mi poderdante, más allá de la imprecisa retórica, no demostrada, referida por la apoderada del único actor, fundada *in abstracto* en las obligaciones legales de las ips, respecto del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** el daño sufrido por el paciente no es antijurídico, lo cual implica que para él no existe obligación de

reparar, por lo que el paciente está obligado a soportarlo. Y mucho menos debido a la potísima circunstancia que explica que el paciente cursaba con varias patologías de base muy severas como la diabetes mellitus y la retinopatía diabética, las cuales, aunadas a las dificultades administrativas para practicarle la vitrectomía posterior, condujeron a la pérdida de visión del ojo derecho del paciente.

Y como lógico corolario de esta dispar acción me permito cuestionar la legitimidad y eficacia del nexo causal entre la supuesta falla probada del servicio y el daño, que no es antijurídico, en la medida en que la parte demandante no logró situar esa indispensable conexidad del daño con una determinada acción o una omisión de mi poderdante, pues en más del noventa por ciento (90%) de los hechos de la demanda, claramente resumidos en su hecho vigésimo quinto (25°), la supuesta falla del servicio y su conexión con el daño están radicados en la eps.

Ahora bien, en la declaración N° 2.1.2 del líbelo, cuando el demandante solicita la declaración judicial de responsabilidad extracontractual y administrativa del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** *"por la omisión en la prestación de servicios con eficiencia y calidad, con sus atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, al poner barreras administrativas que no permitieron después de la autorización la realización de un procedimiento en oportunidad"* está deliberadamente escindiendo el aspecto causal de la acción, pues, de una parte, radica en la eps la falla del servicio tras la falta de oportunidad en la autorización y, de otra parte, intenta arraigar en la ips la raíz del daño al considerar, equívocamente, que éste se produjo luego de la autorización inoportuna de la eps, como si hubiese existido una multiplicidad de causas de cuyo nexo no ofrece explicación alguna, lo cual resulta antitécnico.

En consonancia con lo anterior, el que en las pretensiones condenatorias no haya solicitud de condena solidaria para las demandadas, sino "*de acuerdo al (sic) nivel de participación en el daño que sea determinado por el despacho*" configura, asimismo, una falta de técnica jurídica que debe ser advertida desde el comienzo por el Señor Juez, pues afecta la idoneidad de la *causa petendi*, lo cual determina también de manera decisiva el marco conceptual dentro del cual debe proferirse la sentencia.

De la misma manera, existe en la parte demandante una gran incertidumbre acerca del momento exacto en que ocurrió el hecho dañoso, pues en la liquidación del lucro cesante señala como hito del consolidado y el futuro "*el 14 de julio de 2020 (fecha de orden para cirugía prioritaria incumplida, que generó efectos siguientes (sic) de imposibilidad de implantar el lente…y ablación de cuerpo ciliar del ojo derecho…)*", mientras que en los hechos de la demanda esa fecha ni siquiera se menciona.

Respecto de los perjuicios solicitados, debo manifestar, *in genere*, que me opongo a que se reconozca cualquier clase de perjuicios, por cuanto ese concepto va íntimamente ligado con la antijuridicidad del daño, el cual no existe, como se planteará en la excepción de mérito correspondiente, toda vez que el factor antijuridicidad no está presente en los hechos acaecidos.

Adicionalmente, resulta pertinente poner de presente al Despacho que los conceptos solicitados como perjuicios por la parte actora tienen varias deficiencias.

En primer lugar, respecto de los perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante consolidado y futuro no está demostrada ni su certeza ni su cuantía, por lo cual ese rubro deberá descartarse. Llama la atención que la apoderada del demandante al liquidar el lucro cesante presente al demandante como occiso.

En segundo lugar, en relación con los perjuicios inmateriales deberá tenerse como tope el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y ocupacional dictaminado para aplicar a los niveles determinados por la jurisprudencia del Consejo de Estado debidamente citada por la apoderada del actor.

No es difícil darse cuenta de que el reproche fundamental que hace la demanda es contra la conducta de la eps debido a demoras en las autorizaciones, por lo que carece de sentido explorar presuntas fallas en las oquedades de las conductas de los demás demandados.

En tal virtud, Señora Juez, desde ya, le ruego se sirva desestimar en la sentencia dichas pretensiones y condenar en costas a la parte actora.

II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A los hechos primero a séptimo: No me constan.

Dado que no son hechos que le conciernan directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me constan** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Estos hechos hacen referencia a la afiliación del paciente a la eps y al desempeño de Coomeva y su vigilancia administrativa.

Al hecho octavo: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Sin embargo, este hecho debe analizarse en conjunto con el hecho décimo, por lo que me permito llamar la atención del Despacho en el sentido de advertir que la fecha del diagnóstico (16 de septiembre de 2019) que se le hizo al paciente en la Clínica Oftalmológica dista casi ocho meses de la fecha (12 de mayo de 2020) en que el señor Desiderio Hernández tuvo su primera consulta en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA.** De la misma manera, los antecedentes, en particular la diabetes mellitus y la retinopatía diabética (páginas 26 a 28 del archivo digital de anexos de la demanda), los signos y síntomas del paciente, si bien podían ser prácticamente los mismos en las dos consultas, a la luz de la escueta y parca descripción del hecho, tiene una doble circunstancia muy significativa en la prestación de la atención médica en ésta última institución: 1) De una parte, el complejo proceso de atención personalizada a los pacientes con ocasión de la pandemia del Covid-19 y 2) De otra parte, que el paciente ameritaba una valoración y manejo por retinólogo, al tiempo que requería de una angiorretinofluoresceinografía en ambos ojos.

Al hecho noveno: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el

cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Este hecho hace referencia al desempeño de Coomeva y su vigilancia administrativa.

Al hecho décimo: No me consta.

Dado que no es un hecho que le concierna directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Tal como lo indicara en la respuesta al hecho octavo precedente, este hecho debe analizarse en conjunto con él, puesto que, desde el punto de vista cronológico, la apoderada de la parte actora no hizo un recuento ordenado de los hechos. Así, debe entenderse que durante 2019 el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** no tuvo injerencia alguna en la atención de paciente Hernández.

Al hecho décimo primero: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Este hecho hace referencia al desempeño de Coomeva y su vigilancia administrativa.

Al hecho décimo segundo: NO ES CIERTO.

En la historia clínica del paciente Desiderio Hernández en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** consta que el 12 de mayo de 2020 fue atendido por el médico oftalmólogo Dr. Harold Alvarado Ruíz, quien anotó en la misma los antecedentes y plan de evolución, destacándose la diabetes y las cataratas en ambos ojos con lentes intraoculares. Resaltó el que el paciente hubiera referido tener pérdida de visión hacía siete (7) meses, encontrándose luxado hacia el vítreo el lente intraocular del ojo derecho que había sido implantado 17 años atrás, es decir que se encontraba en mala posición. Como diagnóstico relacionado anotó retinopatía diabética y como conducta la ya citada luxación del lente intraocular (LIO) en ojo derecho enganchado en iris. El Dr. Alvarado decidió que el paciente debía ser valorado y manejado por un retinólogo, considerando que debía efectuarse un examen especializado denominado angiorretinofluoresceinografía en ambos ojos.

Ese examen de angiografía fue realizado el 18 de junio de 2020 por la Dra. Leslie Marcela Zapata Prado, según consta en la historia clínica correspondiente.

En tal virtud, **no es cierto** que el proceso del señor Hernández hubiera comenzado el 30 de junio de 2020.

Posteriormente, ahí sí, el 30 de junio de 2020 fue atendido por la oftalmóloga retinóloga Dra. Derly Jackeline Valenzuela Leal, según consta en la historia clínica del paciente en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, quien encuentra paciente diabético de 17 años de evolución, con una hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 7.6% (mal controlado), con resultado de OCT (tomografía óptica coherente): con severa opacidad de medios ojo derecho (OD), severo edema macular diabético clínicamente significativo y quístico OD;

angiografía: con retinopatía hipertensiva de ambos ojos (AO), retinopatía diabética proliferativa OD, edema macular difuso AO, retinopatía diabética severa no proliferativa de ojo izquierdo (OI). Al examen físico (EF) se encuentra adicional a la evaluación anterior, OD: mácula con abundantes exudados lipídicos, hemorragias en mancha, polo posterior con gran exudación lipídica, exudados blandos, periferia sin lesiones. OI: hemorragias en mancha y en punto en 4 cuadrantes, retina aplicada. Ordena: inyección intravítrea con Aflibercept en AO de manera prioritaria, y luego de la aplicación, vitrectomía posterior (VPP).

Según consta en la correspondiente historia clínica, el 24 de julio de 2020, previa suscripción de los consentimientos informados para intervenciones quirúrgicas y procedimientos especiales y de Covid-19, adoptando las más extremas medidas de seguridad, la Dra. Valenzuela efectuó la cirugía, sin complicaciones, consistente en aplicar la inyección intravítrea de sustancia terapéutica.

El 28 de julio siguiente, la Dra. Valenzuela realizó la correspondiente valoración postoperatoria, a la espera de la correspondiente autorización para la continuidad del ordenamiento médico, vale decir, la vitrectomía posterior (VPP), la extracción del LIO luxado, implante de LIO artisan de afaquia, endoláser y gas en el OD.

De acuerdo con la historia clínica, el paciente fue valorado por la Dra. Valenzuela el 4 y 8 de agosto, al igual que el 1° de septiembre de 2020, sin cambios en su cuadro clínico.

No se entiende cómo la apoderada de la parte actora, deliberadamente, omitió hacer referencia a las atenciones precedentemente reseñadas en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA,** a pesar de que en las documentales aportadas con la demanda está la historia clínica del paciente Hernández en dicha institución en la que se dejó la debida constancia.

A los hechos décimo tercero a décimo quinto: No me constan.

Dado que no son hechos que le conciernan directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me constan** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Con todo, del relato allí contenido es posible inferir que el paciente había sido debidamente atendido en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** y que por varios medios había intentado que Coomeva EPS autorizara la continuidad del procedimiento ordenado.

Al hecho décimo sexto: NO ES CIERTO.

En la forma como está redactado el hecho, la apoderada de la parte actora sugiere, sin probarlo, pues en las documentales aportadas no existe escrito alguno que lo verifique, que el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** hubiese condicionado la realización del procedimiento quirúrgico a su pago anticipado por Coomeva EPS.

Al examinar el documento contenido en la página 98 del archivo digital de anexos de la demanda, que hace referencia a la "Autorización de Servicios de Salud- Anexo Técnico N° 4 del 17 de noviembre de 2020", al lado derecho al final de la página se aprecia estampado un sello de recibido del Instituto para Niños Ciegos y Sordos, con fecha 28 de diciembre de 2020, en el que se lee "Programación de Cirugía". Este documento debe leerse en consonancia con el que se encuentra contenido en la pág. 91 del archivo de anexos de la demanda, que hace referencia a la "Autorización de Servicios de Salud- Anexo Técnico N° 4 del 14 de mayo de 2021", en donde al

final de la página en el lado izquierdo en donde se lee Observaciones se explica que "Se modifica fecha de creación de orden con VoBo de la jefatura Nacional de Prestación de Servicios de Salud correo del viernes 22/01/2021 4:44 p. m. [Reimpresión AMHENAOO = orden vencida solicitada por el prestador para programar cirugía] Solicitud POS". Al final del documento en el centro del mismo, se lee: "Esta autorización es válida por 90 días a partir de la fecha de expedición", al igual que lo indica el documento de la página 98 del archivo digital de anexos de la demanda, por cuanto es una proforma (EPS-FT-063).

Con posterioridad a la orden de noviembre de 2020 a que hace referencia el hecho, tal como consta en la historia clínica del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** (páginas 92 a 97 del archivo digital de anexos de la demanda), voluntariamente y con conocimiento de causa, el señor Hernández suscribió el 11 de marzo de 2021 los consentimientos informados para intervenciones de anestesia, diligenció el formato de entrevista clínica para paciente previa atención y en la misma fecha fue valorado preanestésica y prequirúrgicamente.

La cirugía se llevó a cabo el 28 de mayo de 2021.

A los hechos décimo séptimo y décimo octavo: No me constan.

Dado que son hechos que no le atañen directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me constan** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Al hecho décimo noveno: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne entera y directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Este hecho hace referencia en mayor medida al desempeño de Coomeva y su vigilancia administrativa.

Ahora bien, en lo que respecta a la cirugía llevada a cabo el 28 de mayo de 2021, se encontró que el paciente presentó hemorragia vítrea densa desorganizada, desprendimiento de polo posterior y desprendimiento traccional de retina en área macular. Y **es cierto** que no se realizó inserción de LIO de artisan por hallazgo de glaucoma neovascular (vasos anómalos en el iris). La retinóloga y cirujana del procedimiento, la Dra. Valenzuela anotó el 1° de junio de 2021 en la historia clínica que este hallazgo es una complicación de la retinopatía diabética que no se pudo detectar antes debido al retraso en la cirugía y a la falta de controles por la consulta.

A los hechos vigésimo y vigésimo primero: SON CIERTOS.

A pesar de ser ciertos, les falta información. Así, en el control postoperatorio del 1° de junio de 2021, con ocasión del hallazgo del glaucoma neovascular la Dra. Valenzuela solicitó valoración urgente por glaucomatólogo y control con retinólogo. Dejó manejo médico y solicitó inyección intravítrea con Ranivizumab, tal como está consignado en la historia clínica del paciente Desiderio Hernández en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** (páginas 76 a 78 del archivo digital de anexos de la demanda).

El 17 de junio de 2021, el paciente Hernández fue valorado por el oftalmólogo glaucomatólogo Dr. Pedro Ignacio Quevedo Celsi, quien lo encontró con afaquia en OD, AV: OD: no percibe luz (NPL), OI: 20/60. OD: cámara anterior con ángulo cerrado por rubeosis, PIO: OD: 40, OI: 22. Excavación: OD: no valorable, OI: 0.4. El Dr. Quevedo solicitó trabeculoplastia láser, la cual se realizó ese mismo día, previa suscripción del correspondiente consentimiento informado y solicitó, además, ciclofotocoagulación transescleral, que se llevó a cabo el 23 de junio de 2021. Al día siguiente (24 de junio de 2021) en control POP con el Dr. Quevedo, paciente con buena evolución con PIO OD: 14, OI: 16. Dejó con manejo médico y control en 3 meses, todo lo cual consta en la historia clínica del paciente Desiderio Hernández en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** (páginas 45 a 56, 70 y 71 del archivo digital de anexos de la demanda).

El 14 de septiembre de 2021, fue valorado en control por la Dra. Valenzuela, con examen físico sin cambios, y solicitó tomografía de coherencia óptica (OCT) de control y valoración con reporte (páginas 148 a 154 del archivo digital de anexos de la demanda).

El 28 de octubre de 2021, fue examinado nuevamente por el Dr. Quevedo, quien valoró OCT que reporta mácula con adhesión vítreomacular y edema macular exudativo del OI. AV por optometría: OD: NPL, OI: 20/20. PIO: OD: 0, OI: 14. Solicitó valoración por medicina laboral para determinar discapacidad por pérdida total de visión del OD (páginas 38 y 39 del archivo digital de anexos de la demanda).

A los hechos vigésimo segundo a vigésimo cuarto: No me constan.

Dado que son hechos que no le conciernen, directamente, a mi poderdante, debo señalar que no me constan y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Al hecho vigésimo quinto: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Con prescindencia de la correspondiente valoración que la Señora Juez se sirva dispensar al documento apócrifo denominado "Concepto de Auditoría Médica por Responsabilidad Médica Legal" (páginas 297 a 302 del archivo digital de anexos de la demanda), suscrito por la médico cirujana Dra. Luz Amparo Mejía Martínez, quien no es oftalmóloga, así como de la respectiva contradicción que de él se haga en el momento procesal pertinente, con todo, téngase en cuenta que allí no existe un reproche a la conducta del equipo médico especializado del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, lo cual ratifica el argumento de mi oposición a las pretensiones de la demanda en cuanto que mi poderdante no debió haber sido vinculada a la misma.

III. EXCEPCIONES DE FONDO

EXCEPCIÓN PRIMERA.- LOS ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR LOS MÉDICOS DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA SE CUMPLIERON CON LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO, CONFORME CON LA *LEX ARTIS* Y SIN CULPA

A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico la conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar, el médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco, también llamado idiosincrásico de cada paciente. Por ello, los protocolos de manejo que hoy son esgrimidos como herramienta probatoria a efecto de determinar la imputación o responsabilidad, constituyen en principio solo guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de la *lex artis* se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que "*debe hacerse",* lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebidos, son aceptados por la literatura médica donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, hasta que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

Concluyese de lo anterior que, en materia médica, es válida la afirmación en cuanto que a "*cada acto, una ley*", en la idea de que cada acto médico precisa para su adecuado ajuste de corrección, es decir, para valorar tanto el elemento causal, autor y diligencia desplegada, como el efecto o fin obtenido, resultado de dicho acto en el paciente, la preexistencia de una *lex* que así lo juzgue o, incluso, y en razón de la peculiar gestación de este en relación con aquel, se podría hasta opinar que es el mismo acto el que genera, por una especie de mecanismo de autorregulación, su propia ley, con la que, indefectiblemente, habrá de enjuiciarlo.

En el presente asunto, el comportamiento de los médicos especializados del **EL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** en el momento clínico que le correspondió desde mayo de 2020 hasta octubre de 2021, se ajustó a las guías, protocolos, procedimientos y, en general, a todos aquellos principios y normas que informan y configuran la *lex artis* de la ciencia médica en punto de la atención de un paciente en el campo de la oftalmología, la retinología y la glaucomatología.

Y ello se desprende de la circunstancia que permite calificar, conforme al cumplimiento de estándares válidamente reconocidos, y desde una perspectiva positiva, que la conducta médica desde mayo de 2020 hasta octubre de 2021 no solo fue heroica, sino que también fue absolutamente diligente y con el debido, necesario e indispensable cuidado para brindarle al paciente el tratamiento adecuado a la compleja patología que presentaba, tal como quedó registrado en la historia clínica. Desde otra perspectiva, es dable señalar que tal conducta no puede ser objeto de reproche alguno, por lo cual no puede ser objeto de atribución culposa en manera alguna.

EXCEPCIÓN SEGUNDA.- LA CALIFICACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO ES UN CRITERIO DETERMINANTE PARA PRECISAR EL ALCANCE DE LA PRESTACIÓN A QUE ESTABA OBLIGADO EL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Desde el punto de vista de la atención al paciente Manuel Desiderio Hernández Ríos por parte de los médicos del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, es dable afirmar que fue tratado conforme al diagnóstico que se le dio, de conformidad con los signos y síntomas que presentó tal como se consignó en la correspondiente historia clínica.

A los distintos especialistas del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** le correspondió atenderlo cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular le exigía, empleando todos los medios a su alcance para procurar por la salud de la paciente, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado, en razón, precisamente, de las características propias de dicha disciplina y en atención al reconocimiento de los factores de riesgo que conlleva todo tratamiento médico, que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente.

Y es que el médico contrae frente al paciente una **obligación de medio** y no de resultado, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Basta traer a colación la posición adoptada por el Consejo de Estado sobre el particular:

> "...*Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad"*[1]

En igual sentido, la Corte Constitucional señaló que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado.[2]

Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio.[3]

Y lo mismo se deriva de la ley 1438 del 19 de enero 2011, que en su artículo 104, modificatorio del artículo 26 de la ley 1164 de 2007, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones asumidas por el equipo médico del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** son obligaciones de medio y no de

---

[1] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de 24 de agosto de l998. Expediente 11.833 C. P.: Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros.
[2] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-645 del 26 de noviembre de 1996. M. P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero.
[3] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez.

resultado, determinan, por un lado, el alcance de la prestación a que estaba obligada, al tiempo que, por otro lado, condicionan la carga de la prueba en cabeza de la parte actora.

EXCEPCIÓN TERCERA: CABAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES POR EL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

El **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** cumplió a cabalidad las obligaciones legales relacionadas con la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud, tal como lo establece la letra i) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993. Bajo ese predicado, asimismo, cumplió fielmente con las obligaciones derivadas de los convenios suscritos con Coomeva EPS, los cuales respetan las disposiciones legales y garantizan el acatamiento a los principios, propósito y características básicas del mencionado sistema.

EXCEPCIÓN CUARTA: INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURANTES DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

Se fundamenta esta excepción en la inexistencia de los elementos estructurantes de la responsabilidad administrativa (daño antijurídico, falla probada del servicio y relación causal entre aquél y ésta) para el caso concreto, lo que extingue cualquier posibilidad de despachar favorablemente la condena pretendida por la parte actora en su demanda en contra de mi poderdante el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA.**

Así, se tiene que no existe un daño antijurídico[4] para el demandante, en los términos del artículo 90 Superior, por cuanto el daño sufrido por el señor Manuel Desiderio Hernández Ríos no puede ser imputable a la Administración, ni tampoco, por virtud del fuero de atracción, a los otros demandados, entre ellos mi poderdante el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, sino que más bien es una de aquellas ineluctables eventualidades del riesgo de padecer de diabetes mellitus y de retinopatía diabética que forzosamente tiene que ser aceptada y soportada por el demandante señor Hernández Ríos.

Tampoco existió una falla probada del servicio[5] por parte de la Administración, por lo que, extrapolando, por virtud del fuero de atracción, a mi poderdante el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, se puede afirmar que su equipo médico actuó con diligencia y sin culpa, pues su conducta no contribuyó en manera alguna a que el servicio público hubiera fallado.

Y mucho menos se puede establecer, entonces, un nexo causal entre el daño, que ya se anotó no es antijurídico y que el demandante debe soportar, con la conducta carente de culpa de la Administración y por extensión, en virtud del foro de atracción, del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, como se acaba de exponer.

---

[4] De acuerdo con la regulación constitucional sobre la responsabilidad patrimonial del Estado, es a partir del daño antijurídico que ésta se estudia. El artículo 90 de la Carta contiene el fundamento de la responsabilidad estatal. Establece en su primer inciso: *"El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas" (subrayas fuera de texto)*. Ello significa que el Estado debe reparar los daños y perjuicios que las personas no están obligadas a soportar por imperativo u otro vínculo jurídico, siempre que sean consecuencia de su acción o de su omisión. CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 27 de septiembre de 2000 (exp. N° 11601). C. P. Dr. Alier Eduardo Hernández Enríquez y Sentencia del 28 de enero de 2015 (exp. N° 32912). C. P. Dr. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

[5] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 5 de marzo de 2015 (exp. N° 30102). C. P. Dr. Danilo Rojas Betancourth.

EXCEPCIÓN QUINTA.- VIOLACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS AL DEBER LEGAL DE AUTOCUIDADO

El comportamiento negligente del paciente Manuel Desiderio Hernández Ríos frente al manejo de su salud con ocasión de la diabetes mellitus mal controlada que se reflejó en la retinopatía diabética de sus dos ojos, en especial el derecho, implica una franca vulneración al deber constitucional previsto en el inciso 5° del artículo 49 de la Constitución Política, reiterado en los literales a) y b) del inciso 2° del artículo 10 de la ley 1751 del 16 de febrero de 2015 (Ley Estatutaria de Salud)[6], en cuanto que no procuró el cuidado integral de su salud, creando un riesgo que ponía en peligro su propia integridad personal. El autocuidado de la salud, en cuanto deber del ciudadano, es una contrapartida al derecho a la salud, que supone una limitación a su ejercicio, pero no a su contenido, atendiendo, entre otros factores, al trasfondo solidarista propio del Estado Social de Derecho, en donde la mejor manera como el ciudadano puede colaborar con la salud *in genere*, comienza por el comportamiento prolijo de tener esmero con la propia, lo cual, al final, es un beneficio individual que también va a redundar en el bienestar colectivo.[7] En el presente caso, el demandante señor Hernández Ríos incumplió flagrantemente ese deber de autocuidado de la salud. Por ello, es censurable que en su propio beneficio y en el de su entorno familiar pretenda ahora venir a alegar su propia culpa, vulnerando así el principio sempiterno "*nemo auditur propriam turpitudinem allegans*".

EXCEPCIÓN SEXTA.- AL CORRESPONDERLE LA CARGA DE LA PRUEBA A LA PARTE ACTORA IMPLICA QUE SI NO ACREDITA FEHACIENTEMENTE LA CULPA MÉDICA Y LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD CON EL DAÑO NO SERÁ POSIBLE ATRIBUIR RESPONSABILIDAD A LOS DEMANDADOS, ENTRE ELLOS MI PODERDANTE

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*[8], ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros

---

[6] Véase CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014 (expediente N° PE-040). M. P. Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. "[…] En el caso del deber establecido en el literal *a)* cuyo tenor es *"Propender por su auto-cuidado, el de su familia y el de su comunidad"* se tiene que es expresión del deber contenido en el inciso 5º del artículo 49 de la Carta que establece como deber para las personas, el de *procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad*. Derivado del mismo deber constitucional es el del literal *b)* del inciso 2º del artículo 10 del proyecto, cuyo enunciado reza *"Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención"*. En relación con este segundo deber, obsérvese que tiene lugar en tanto y en cuanto se cumpla previamente el deber, en cabeza de los responsables del servicio de salud, de formular los programas de prevención y promoción pertinentes […]".

[7] Véase ZAVALEY, Rodolfo Nicolás y SOMMER, María Agustina Jacinta. *El deber de cuidar la salud.* p. 104. "[…] El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. El autocuidado es definido por como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar, haciendo énfasis en la prevención de una mala salud. El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada. El autocuidado se produce a medida que los individuos se ocupan en acciones para cuidar de sí mismos influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno […]". Disponible en internet:
https://www.google.com/url?hl=en&q=https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12809/pj2_capitulo_05.pdf?sequence%3D7%26isAllowed%3Dy&source=gmail&ust=1488297621480000&usg=AFQjCNHBJg3VB_Vk0WIHQwW5bGfmNv7Idg

[8] PARRA GUZMÁN, Mario Fernando. *Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica*. Bogotá: Doctrina y Ley, 2004, p. 45, cuando señala "*es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, está referido, sobre todo, al problema de la carga de la prueba: en las obligaciones de medio le corresponderá al acreedor (de la atención medica) en este caso, al paciente, demostrar la negligencia del profesional de la medicina y de la institución hospitalaria, y de acuerdo con ello, al profesional y a la institución les corresponderá probar que fueron lo suficientemente cuidadosos y prudentes para trata de lograr el resultado, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad."*

intereses jurídicos y extrajurídicos. Los médicos, como en este caso, por antonomasia procuraron preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó la terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar a la paciente en la medida de lo posible, no obstante, las muy difíciles condiciones impuestas por su patología de base.

Si bien es cierto que la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, ello lo es, sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido, el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio médico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Bien lo señaló la Corte Suprema cuando afirmó que "*el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado*". [9]

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad medica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa médica, y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado[10] se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer que la medicina no configura una actividad riesgosa, ejercida con fundamento en los cánones señalados por la *lex artis,* máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo, o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que, en general, son de medio.

En ese sentido, el tratadista Javier Tamayo Jaramillo expresó:

> "*tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa debe ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente, que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en sí mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el alea de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado*".[11]

En esta materia basta señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general buscan la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

---

[9] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001 (exp. N° 5507). M. P.: Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

[10] Sentencia de 5 de marzo de 1940 y reiterada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad médica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 ya citada.

[11] TAMAYO JARAMILLO, Javier. *La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas.* Bogotá: Temis 1997, p. 154.

Las ciencias, sean naturales o sociales, no son del dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador, so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad, no puede cargar la ignorancia de la causa al médico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir al médico en receptor inadecuado de la causalidad, y aplicar las consecuencias presuntivas de ella en su contra. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es un aplicador silente de la norma, es creador y garante de valores sociales, de reglas de convivencia y de derechos.

De conformidad con las normas procesales aplicables, le corresponde a la parte actora probar el supuesto de hecho de la norma que consagra el efecto jurídico que ella persigue.

EXCEPCIÓN SÉPTIMA.- TENIENDO EN CUENTA QUE EL RÉGIMEN DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA ES EL SUBJETIVO DE LA CULPA PROBADA, SI LA PARTE ACTORA NO LA ACREDITA, SUS PRETENSIONES DEBEN SER DESESTIMADAS

La responsabilidad civil es una de las fuentes de las obligaciones y básicamente consiste en la obligación que surge para un sujeto de derecho de indemnizar el daño que ha causado, de manera directa o indirecta, a otro sujeto de derecho que lo sufre. Esa indemnización puede ser determinada en dinero o *in natura*.

Generalmente, la responsabilidad civil se ha clasificado en dos grandes áreas, dependiendo si la obligación indemnizatoria surge de un acto jurídico o de un hecho jurídico. Es decir, si ha mediado o no la existencia de un contrato. Por ello, en la legislación colombiana es posible establecer la clasificación en responsabilidad civil contractual (arts. 1602 y s.s. del Código Civil) o en responsabilidad civil extracontractual (responsabilidad común por los delitos y las culpas, arts. 2341 y s.s. del Código Civil).

A su turno, la responsabilidad médica en cuanto "*modalidad específica de la profesional, configura [un] sistema compuesto por la proyección e incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad sicofísica de la persona, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y los derechos fundamentales del sujeto*"[12], que también está sujeta a la clasificación general de la responsabilidad civil, como ya se advirtió, en contractual o extracontractual, se reitera, dependiendo de si entre los sujetos existe un vínculo jurídico previo (contrato).

Desde otra perspectiva, la responsabilidad civil de tipo extracontractual ha sido subclasificada en responsabilidad por el hecho propio, responsabilidad por el hecho ajeno, responsabilidad por el hecho de las cosas y responsabilidad por actividades peligrosas. También existe una categorización de la responsabilidad civil en donde está ausente la culpa en cuanto factor de atribución y es la responsabilidad objetiva. Ahora bien, haciendo abstracción a ciertas modalidades de la responsabilidad civil, como lo son la responsabilidad por actividades peligrosas y la responsabilidad objetiva, desde el punto de vista de la carga de la prueba existe una previsión global, consagrada en las normas sustanciales y procesales aplicables[13], la cual preceptúa que le corresponde a la parte actora probar el supuesto de hecho de la norma que consagra el efecto jurídico que ella persigue. Este paradigma, previsto en la ley,

---

[12] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de noviembre de 2011 (Referencia: 11001-3103-018-1999-00533-01). M. P. Dr. William Namén Vargas.
[13] Artículos 1.757 del Código Civil y 167 del Código General del Proceso.

como regla general, ha sido reiterado tanto por la Corte Constitucional[14] como por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en copiosa jurisprudencia[15]. Ahondando en los argumentos del canon precitado, basta señalar que ya en el Derecho Romano, desde el mismo momento en que se formuló la concepción de la *actio*, se estableció que la carga de probar recaía en el actor, lo cual no hace sino validar la inmanente relevancia del clásico ordenamiento y su permanente influjo en el Derecho moderno.[16] En ese mismo sentido se pronunció la Corte Constitucional con motivo del examen de exequibilidad de una norma de carácter procesal. [17]

En tal virtud, la jurisprudencia y la doctrina han puntualizado que la responsabilidad médica es por culpa probada, vale decir, que el demandante tiene la carga de la prueba de demostrar no solo el daño, sino también la conducta culpable del profesional de la salud, o de la eps o de la ips, al igual que el nexo causal de aquél con ésta. Y los demandados, tienen la carga de probar los hechos exceptivos que en su defensa pretendan acreditar.

Teniendo claros estos principios y asentada su pertinencia, es oportuno señalar que cuando se justiprecian los medios de prueba aducidos por la parte actora surge para el juzgador la inquietud acerca de si el demandante puede llegar a cumplir eficazmente con la carga de la prueba y, con ello, lograr que se le concedan sus declaraciones y condenas en contra de la parte pasiva, o si, por el contrario, cuando se efectúa la petición de pruebas, ya el fallador puede advertir que la carga de la prueba no va a ser satisfecha y, por ende, también resultarán insatisfactorias las pretensiones introducidas con la acción. En el presente caso es evidente que en la parte actora no se vislumbra un mínimo ejercicio de la carga de la prueba, por lo que esa falta de acreditación debe conducir, necesariamente, a que el Despacho desestime de plano las pretensiones de la demanda.

EXCEPCIÓN OCTAVA: LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

---

[14] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-070 del 25 de febrero de 1993 (Demanda N° D-134). M. P.: Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz; Sentencia C-202 del 8 de marzo de 2005 (Exp. N° D-5336). M. P.: Dr. Jaime Araujo Rentería y Sentencia C-086 del 24 de febrero de 2016 (Exp. N° D-10902). M. P.: Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

[15] Véanse las sentencias de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil del 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.); del 15 de marzo de 1996. M. P.: Dr. Carlos Esteban Jaramillo Schloss; del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez Gómez; del 18 de mayo de 2005. M. P.: Dr. Jaime Arrubla Paucar; del 22 de julio de 2010: M. P.: Pedro A. Munar y del 30 de noviembre de 2011. M. P.: Dr. Arturo Solarte, entre otras.

[16] MICHELI, Gian Antonio. *La Carga de la Prueba.* Bogotá: Temis, 1989, p. 21-22. "*La estructura romana del proceso, con el admirable equilibrio entre los poderes de las partes, ha dado a la formulación de las reglas sobre el* onus probandi *una perfección y una universalidad, que todavía hoy no se desmienten*".

[17] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-070 del 25 de febrero de 1993 (Demanda N° D-134). M. P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz. *"Luego de una prolongada evolución, las reglas de la carga de la prueba en materia civil han decantado hasta el punto que es posible resumir su doctrina en tres principios jurídicos fundamentales: "*onus probandi incumbit actori*", al demandante le corresponde probar los hechos en que funda su acción; "*reus, in excipiendo, fit actor*", el demandado, cuando excepciona, funge de actor y debe probar los hechos en que funda su defensa; y, "*actore non probante, reus absolvitur*", según el cual el demandado debe ser absuelto de los cargos si el demandante no logra probar los hechos fundamento de su acción".*

IV. PRUEBAS

Respetuosamente, me permito solicitar se sirva ordenar la práctica de las siguientes pruebas:

DOCUMENTALES

1) Historia clínica del paciente Manuel Desiderio Hernández Ríos.

2) Informe de Auditoría Médica INCS del 12 de julio de 2022.

3) Artículo en pdf de DUBÓN PENICHE, María del Carmen y MENDOZA LARIOS Laura Alejandra. Retinopatía Diabética. En: Revista de la Facultad de Medicina (México). Vol 55. N° 1. Ciudad de México. ene/feb 2012. Disponible en internet: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000100010

INTERROGATORIO DE PARTE

Con el propósito de interrogarlo respecto de los hechos relacionados con el proceso, sírvase Señora Juez decretar la práctica del interrogatorio de parte del demandante **Manuel Desiderio Hernández Ríos**.

TESTIMONIAL

De conformidad con el artículo 212 del Código General del Proceso, con todo comedimiento, Señora Juez, me permito pedir se sirva decretar la recepción del testimonio de las siguientes personas:

1) La Dra. **Derly Jackeline Valenzuela Leal**, quien puede ser citada a través del Instituto, con el objeto de que declare respecto de los hechos 3.12, 3.15, 3.16, 3.19 a 3.21 de la demanda y de la presente contestación de la demanda, particularmente respecto de la atención al paciente, especialmente para que confirme y explique los datos y registros consignados en la historia clínica.

2) El Dr. **Pedro Ignacio Quevedo Celsi**, quien puede ser citado a través del Instituto, con el objeto de que declare respecto de los hechos 3.19 a 3.21 de la demanda y de la presente contestación de la demanda, particularmente respecto de la atención al paciente, especialmente para que confirme y explique los datos y registros consignados en la historia clínica.

3) El Dr. **Andrés Quiñones**, quien puede ser citado a través del Instituto, con el objeto de que declare respecto de su evaluación como Auditor Médico a la actuación de los médicos especialistas del Instituto para Niños Ciegos y Sordos desde mayo de 2020 hasta octubre de 2021 en la atención al paciente Manuel Desiderio Hernández Ríos.

V. ANEXOS

1) El Poder para actuar en formato pdf.

2) El certificado de existencia y representación legal del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**

3) Las pruebas documentales.

VI. PETICIONES

Respetuosamente, me permito solicitar, a la Señora Juez, se sirva acceder a las siguientes peticiones:

PRIMERA.- Tener por contestada, dentro del término legal, la demanda en nombre de

SEGUNDA.- Acceder al decreto de las pruebas requeridas.

TERCERA.- Declarar probadas las excepciones de mérito formuladas en la presente contestación de la demanda.

CUARTA.- Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, se sirva proferir sentencia de fondo en la que se denieguen las pretensiones de la demanda.

Y como consecuencia de la terminación del proceso:

QUINTA.- Condenar en costas y agencias en derecho a la demandante por las acusaciones infundadas y los costos asumidos por la defensa del presente proceso.

VII. NOTIFICACIONES

- Mi poderdante **EL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** en la Carrera 38 N° 5B1-39 de Cali y en el correo electrónico: **pedro.perea@ciegosysordos.org.co**

- El suscrito abogado en la Carrera 3 A Oeste N° 2-43 de Cali y en la Secretaría de su Despacho, así como en el correo electrónico: **harold.aristizabal@conava.net**

Sinceramente,

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 C. S. de la Jud.
correo electrónico (RNA): harold.aristizabal@conava.net

Santiago de Cali,

Señor
Juez Dieciséis Administrativo Oral del
Circuito de Cali
E. S. D.

correos electrónicos: **of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co**
adm16cali@cendoj.ramajudicial.gov.co

REF: OTORGAMIENTO DEL PODER
ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS
Demandados: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, ALCALDÍA DE CALI, COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Radicación 76001333301620220024600

PEDRO PABLO PEREA MAFLA, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.642.876 expedida en Cali, obrando en mi calidad de Representante Legal del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, identificado con NIT N° 890.303.395-4, según consta en el certificado de existencia y representación legal adjunto, manifiesto a Usted que confiero poder especial, amplio y suficiente, como Apoderado Principal al Dr. **HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN** identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura y como Apoderado Suplente al Dr. **DIEGO RICARDO GALÁN BARRERA,** identificado con la cédula de ciudadanía número 19.476.197 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 37.502 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, con el objeto que me representen en la defensa integral de mis intereses dentro del proceso de la referencia, para lo cual podrán contestar la demanda y proponer excepciones, llamar en garantía, solicitar y practicar pruebas, efectuar peticiones, solicitar nulidades, interponer recursos, alegar de conclusión y, en general, adelantar cualquier actuación procesal que tenga por objeto la defensa a cabalidad y con sujeción al debido proceso del Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca.

Los doctores **ARISTIZÁBAL MARÍN y GALÁN BARRERA** tienen todas las facultades previstas en el artículo 77 del Código General del Proceso y, con fundamento en las normas sustanciales y procesales aplicables, expresamente me permito autorizarlos para sustituir, conciliar, transigir, disponer, desistir y recibir.

Solicito a Usted reconocerles personería a mis apoderados en los términos y para los efectos del presente poder.

Del Señor Juez, respetuosamente,

PEDRO PABLO PEREA MAFLA
C. C. N° 16.642.876 de Cali
correos electrónicos: **pedro.perea@ciegosysordos.org.co**
instituto@ciegosysordos.org.co

Aceptamos el presente poder:

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 del C. S. de la J.
correo electrónico (RNA):
harold.aristizabal@conava.net

DIEGO RICARDO GALÁN BARRERA
C. C. N° 19.476.197 de Bogotá
T. P. N° 37.502 del C. S. de la J.
correo electrónico (RNA):
dirigaba@gmail.com

76-20000

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO JURIDICO CERTIFICA

Que mediante **Resolución Nº 078 de Julio 29 de 1942,** proferida por el **MINISTERIO DE GOBIERNO**, se reconoció Personería Jurídica a la entidad sin ánimo de lucro denominada **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA con NIT No. 890.303.395-4,** con domicilio en el Municipio de Cali - Departamento Valle del Cauca, la cual se encuentra vigente.

Que mediante Decreto 276 de febrero 09 de 1988 el Gobierno Nacional facultó al ICBF, para otorgar, conceder o suspender Personerías Jurídicas y Licencias de Funcionamiento a las instituciones de utilidad común que presten el servicio de Bienestar Familiar.

Que mediante la Resolución 3899 de 2010 se establece un régimen especial para otorgar, reconocer, suspender, renovar y cancelar personerías Jurídicas y licencias de funcionamiento a las instituciones del Sistema Nacional de bienestar Familiar que presten servicios de protección integral a las instituciones de utilidad común que presten el servicio de Bienestar.

Que el (la) actual Representante Legal de la citada entidad es el (la) Señor (a) **PEDRO PABLO PEREA MAFLA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **Nº 16.642.876,** cuyo nombre se encuentra registrado dentro del expediente que lleva el Grupo Jurídico del ICBF Regional Valle del Cauca.

Que teniendo en cuenta el artículo trigésimo segundo de los Estatutos del Instituto para Niños Ciegos y sordos del Valle del Cauca, mediante acta No. 384 de fecha 24 de Abril de 2018, se nombró como Revisora Fiscal a la Contadora Pública señora MARIA LILIANA MOSQUERA SANCHEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 31.167.491 y tarjeta profesional 24494-T.

Este certificado tiene como finalidad acreditar existencia y representación legal y su vigencia es de tres (3) meses, de conformidad con el artículo 63 de la Resolución 3435 de Abril de 2016 – ICBF.

Santiago de Cali, 03 de noviembre de 2022

ESPERANZA CLAUDIA BRAVO
Coordinadora Grupo Jurídico ICBF Valle
Aprobó. Esperanza Claudia Bravo – Coordinadora Grupo Jurídico
Revisó: Esperanza Claudia Bravo – Coordinadora Grupo Jurídico
Elaboro: Andrea Rios Coral – Profesional Universitaria Grupo Jurídico

PÚBLICA

56

RV: Solicitud de historia de Manuel Hernández Ríos

Diana Patricia Trujillo Duque <diana.trujillo@ciegosysordos.org.co>
Mié 01/12/2021 14:57
Para: Luis Fernando Solano Beltran <luis.solano@ciegosysordos.org.co>

Buenas tardes, reenvió para su gestión

Gracias,

OK ENVIADO 02-12-2021 11:16 P.M.

Diana Patricia Trujillo Duque
Jefe de Atención al Usuario
Atención al Usuario
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca | Clínica Visual y Auditiva
Nit. 890.303.395-4

diana.trujillo@ciegosysordos.org.co
ciegosysordos.org.co
Calle 5B2 No. 37A-50, Cali

De: Manuel Hernandez Rios <manuelhernandezrios@gmail.com>
Enviado: sábado, 27 de noviembre de 2021 12:59
Para: Diana Patricia Trujillo Duque <diana.trujillo@ciegosysordos.org.co>
Asunto: Solicitud de historia de Manuel Hernández Ríos

Buenas tardes

Esperó se encuentren bien.

Solicito su amable colaboración, para la copia de la historia clínica del paciente:

Manuel Hernández Ríos
Cc 94432656
DE LOS AÑOS 2020 Y 2021
A.C 20031027

Adjunto escaneada mi cédula.

Atentamente

Manuel Hernández Ríos
Celular y WhatsApp: +57 319 2408371 y +57 305 3976658

Get TypeApp for Android

Santiago de Cali, 01 de diciembre de 2021

Señor (a):
MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS
Ciudad.

Se responde otorgando la copia de la historia clínica y que se adjunta por solicitud del paciente **MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS** historia clínica No **2003110227** la cual contiene **54** folios, reserva que se debe tener sobre la historia clínica de pacientes y por lo tanto es su responsabilidad el uso que se pueda dar a dicha copia.

Cordialmente,

FERNANDO ANTONIO GARCES FRANKY
Director médico

IMPRESO POR: SIT S.A.S.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/10/28

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

CTL GNV OD HTO SIN TTO OI
REMITE RETINA PARA VALORACION GLAUCOMA
TOMOGRAFIA DE SEPT 22/21 MACULA
IDX ADHESION VITREOMACULAR OI
EDEMA MACULAR EXUDATIVO OI
AVL POR OPTOMETIA OD NPL OI 20/20
YA FUE VACUNADO
TEMP 36.2
NO USA GOTAS EN EL MOMENTO
DESEA VALORACION PARA DETERMINAR DISCAPACIDAD.
BMC
OD CORNEA OPACA, RUBESIS IRIS,
SEGMENTO ANTERIOR ESTABLE OI
PIO OD 0 OI 14MMHG
N.O EXC OD GNV OI 0.4

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H544 CEGUERA DE UN OJO
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	H526 OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION
Diagnóstico Relacionado 2:	H408 OTROS GLAUCOMAS
Conducta:	VALORACION MEDICINA LABORAL PARA DETERMINAR DISCAPACIDAD POR PERDIDA TOTAL DE VISION OJO DERECHO.(GLAUCOMA NEOVASCULAR) CITA GLAUCOMA EN 6 MESES SEGUIMIENTO. OJO IZQUIERDO OJO UNICO HTO SIN TTO. ENVIO DEXAMETASONA 0.1 GOTAS OJO DERECHO . 3V/D USO CONTINUO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/10/28

Remitido: No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Cantidad:	0
Examen 1:	890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
Cantidad:	1
Examen 2:	8903072 CONSULTA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	VALORACION MEDICINA LABORAL PARA DETERMINAR DISCAPACIDAD POR PERDIDA TOTAL DE VISION OJO DERECHO.(GLAUCOMA NEOVASCULAR) CITA GLAUCOMA EN 6 MESES SEGUIMIENTO. OJO IZQUIERDO OJO UNICO HTO SIN TTO.

Firma del Médico	Registro Médico
	17205
	Especialidad
PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI	OFTALMOLOGIA
C.C: 16594758	

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 2021/10/28 **Hora Cierre:** 12:58:55 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/09/14

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

Entidad Prestadora: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código: 7600105205
Departamento: Valle del Cauca - 76
Municipio: Cali - 76001
Número de Solicitud: 0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE DIABETICO DM2 DESDE HACE 20 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE REFIERE QUE REPORTE DE ULTIMA HG 7.6%

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
SE DIO ORDEN PARA CIRUGIA DEL OJO DERECHO EL 14/07/2020 PARA REALIZAR 8 DIAS DESPUES DE LA INYECCION INTRAVITREA DE AFLIBERCEPT SIN EMBARGO HUBO UNA DEMORA ADMINISTRATIVA POR LO QUE SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + ENDOLASER + SILICON OJO DERECHO. EL 28/05/2021.
SE DEJO AFACO (NO SE IMPLANTO EL LENTE ARTISAN) POR QUE EL DIA DE LA CIRUGIA SE ENCONTRO GLAUCOMA NEOVASCULAR (VASOS ANOMALOS EN EL IRIS) CON ABUNDATE SANGRADO Y HEMORRAGIA VITREA , ESTO ES UNA COMPLICACION DE LA RETINOPATIA DIABETICA QUE NO SE DETECTO ANTES POR EL RETRASO EN LA CIRUGIA Y LA FALTA DE CONTROLES POR CONSULTA FINALMENTE SE LLEVO A ABLACION DE CUERPO CILIAR EN OD.

EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR
SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/NPL OI: 20/60

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/09/14

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA OPACA ENGROSADA CON EDEMA MICROQUISTICO, RESTOS HEMATICOS EN PERIFERIA, CÁMARA FORMADA, AFAQUIA.

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 24 MMHG OI: 12 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS OPACOS, CAVIDAD LLENA DE SILICON, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. SE DIO ORDEN PARA CIRUGIA DEL OJO DERECHO EL 14/07/2020 PARA REALIZAR 8 DIAS DESPUES DE LA INYECCION INTRAVITREA DE AFLIBERCEPT SIN EMBARGO HUBO UNA DEMORA ADMINISTRATIVA POR LO QUE SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + ENDOLASER + SILICON OJO DERECHO. EL 28/05/2021. SE DEJO AFACO (NO SE IMPLANTO EL LENTE ARTISAN) POR QUE EL DIA DE LA CIRUGIA SE ENCONTRO GLAUCOMA NEOVASCULAR (VASOS ANOMALOS EN EL IRIS) CON ABUNDATE SANGRADO Y HEMORRAGIA VITREA , ESTO ES UNA COMPLICACION DE LA RETINOPATIA DIABETICA QUE NO SE DETECTO ANTES POR EL RETRASO EN LA CIRUGIA Y LA FALTA DE CONTROLES POR CONSULTA FINALMENTE SE LLEVO A ABLKACION DE CUERPO CILIAR EN OD. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020

#BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/09/14

	SOLICITO OCT DE MACULA OI CONTROL CON REPORTES
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento Solicitud:	Consulta Externa
Cantidad:	0
Examen 2:	951902 TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR
Cantidad:	1
Examen 3:	8903071 CONSULTA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA - RETINOLOGIA
Cantidad:	1
Exámen 4:	890307 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA +
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	SOLICITO OCT DE MACULA OI OPTOMETRIA CONTROL CON REPORTES

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
Y JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C. 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2021/09/14 **Hora Cierre:** 15:52:01 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRAS EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2021/06/23

Identificación:	CC 94432656	Fecha de Nac.:	1975/02/12
Edad:	46 Años	Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Médico Tratante:	ENFERMERIA ENFERMERIA

Filtro Quirúrgico

Ingreso: Ingresa Paciente al Area de Filtro en compañia de un adulto responsable,se entrega con ropa para cirugía, se orienta que pase al vestier, se lave las manos y la cara retirando maquillaje, joyas, mofias y demas accesorios. Se cambia y se entrega al acompañante los objetos personales. . Confirma conocimiento derechos y deberes: SI. Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Hora de Ingreso: 07+35 . Tensión Arterial (Mm/Hg): 147/99 . Frecuencia Cardíaca: 87 . Glucometria (Mg/dl): 1489MG/DL . Ayuno: Si. Hora de Ultima Ingesta: 18+30 . Alergías (Especifique): No Presenta . Ingesta de Aspirina y Derivados: No. Laboratorios: No. Imagenes Diagnosticas: No. Marcacion del Sitio Operatorio: Si. Consentimiento de Cx Firmado: Si. Consentimiento de Anestesiologo Firmado: Si. Se canaliza: Si. Vena Periferica: MSD. Angiocath: 22. Con: TAPON HEPARINIZADO. Gotas Administradas: OQSEINA al 0.4%. Observaciones: CIRCULANTE : ANA MILENA LEON .

Bloqueo Quirúrgico

Ingreso: Ingresa el paciente al área de bloqueo . Hora de Bloqueo: 08+08 AM . Saturación de Oxigeno: (99) % . Frecuencia Cardiaca: (81) Latidos x minuto . Soporte de Oxigeno con mascara facial: a (3) litros por minuto . Se confirma órgano a operar: Organo Derecho. Realiza Asepsia del Area Operatoria con: Isodine Solución. Tipo de Bloqueo: Peribulbar. Anestesiólogo: DR CERON . Se coloca bloquea sin complicaciones: Si. Medicamentos Administrados: FENTANYL 1 MCGR EV MIDAZOLAN 1 MGR EV THIOPENTAL 100 MGR EV . Observaciones: AUX.....SANDRA MILENA TORRES .

Salas de Cirugia (Circulante)

Paciente Procedente de: Bloqueo. Ingresa a la sala de Cirugia: 1. Hora de Ingreso: 08+16 AM . Frecuencia Cardiaca: (80) Latidos x minuto . Tensión Arterial (Mm/Hg): 000/000 . Saturación de Oxigeno: (99) % . Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Verificacion del sitio quirurgico: Si. Laboratorios o Ayudas Diagnosticas: No. Lista de Chequeo en Voz Alta: Si. Asepsia del Area Operatoria: Yodopovidona al 0.5% gotas OQ Septic, Isodine Solucion. Area Quirurgica preparada por: Instrumentadora, Cirujano, Circulante. Tipo de Anestesia: Regional. Hora de Induccion: 00:00 . Insumo Utilizado Via Aerea: OXIGENO POR CANULA NASAL. Inicio de Cirugia: 08+20 AM . Fin de Cirugia: 08+26 AM . Procedimiento Realizado: AP..ACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA Descripción del Procedimiento: SE REALIZA CICLOFOTOCOAGULACIONTRANESCLERAL OD . Cirujano: DR QUEVEDO . Anestesiólogo: DR CERON . Instrumentador: VIVIANA GALAN . Oclusión Ocular: Si. Lubricacion ocular con viscotears: No. Patologias identificadas: No. Cultivos: No. Liquidos Endovenosos: TAPON HEPARINIZADO. Herida Quirurgica: Seca y Limpia, Apósito, Protector Ocular. Conteo Final del Instrumento completo: Si. Observaciones: CIRCULANTE.....SANDRA MILENA TORRES .

Recuperación

Hora de Ingreso: 08:30 . Herida Quirurgica: Seca y Limpia, Apósito, Protector Ocular. Seguimiento Post-Operatorio: Dolor. Signos Vitales: SI . Tensión Arterial (Mm/Hg): 140/95 . Frecuencia Cardíaca: 80 . Glucometria (Mg/dl): 140 . Saturación de Oxigeno: (99) % .

Observaciones de Recuperacion

Se entrega al Paciente: Formula Medica, Folleto de Cuidados PostQuirurgicos. Hora de Egreso: 09:30 . Observaciones Recuperacion: No Aplica..recuperacion.....RODOLFO ERAZO.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2021/06/23

Firma del Médico	Registro Médico
ENFERMERIA ENFERMERIA	**Especialidad**
C.C: 38554138	ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA

Profesional Origen: ANA MILENA LEON **Profesional Modifica:** RODOLFO ANDRES ERAZO NARVAEZ

Fecha Cierre: 2021/06/23 **Hora Cierre:** 09:04:44 **Profesional Cierre:** ENFERMERIA ENFERMERIA **Esp:** ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA **Registro:**

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/06/23

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

DESCRIPCION QUIRUGICA

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Diagnóstico Prequirúrgico:	OTROS GLAUCOMAS
Procedimiento Programado::	124304 ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA
Lateralidad Órgano:	Órgano Derecho
Descripción Quirúrgica:	BAJO TECNICA ASEPTICA ABIERTA, SE REALIZA APLICACION G PROBE PARALELA AL LIMBO, REALIZO 20 APLICACIONES RESPETANDO MERIDIANOS 3 Y 9 , SIN COMPLICACIONES, PODER 1800 MW DURACION 3 SEGUNDOS. SE COLOCA INYECCION SUBCONJUNTIVAL POR INFLAMACION POST QUIRURGICA. OCLUSION. PACIENTE TOLERA MUY BIEN PROCEDIMIENTO. PIO PRE QX 40MMHG
Condición Post-Operatorio:	BUENO
Anestesiólogo:	DR CERON
Anestesia:	PERIBULBAR
Riesgo:	2
Ayudante:	NO
Procedimiento Realizado 1::	124304 ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA
Observaciones:	CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL OD
Tejidos Enviados a Patología:	NO

CONDUCTA

Conducta:	TRAER GOTAS MAÑANA JUEVES 24 DE JUNIO 2.021 , A LAS 9:00 AM CONS. 203 SEGUNDO PISO. REPOSO ABSOLUTO. NO DESPARCHARSE
Medicamentos:	ENVIO ACETAMINOFEN TABLETAS Y PREDNISOLONA GOTAS POST OPERATORIO.

Firma del Médico	Registro Médico
	17205
PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI	**Especialidad**
C.C: 16594758	OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 2021/06/23 **Hora Cierre:** 08:37:04 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

PROGRAMACIÓN SEGURA

Clínica Visual & Auditiva

Desiderio Hernandez

NOMBRE DEL PACIENTE

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS Lod 4

- ○ Validar plataforma
- ✓ Autorizaciones
- ○ Documentación (H.C, Consent. Inf, Copia cedula, ctc, mipres, anexo 3)
- ○ Insumo especial _____
- ○ Observaciones y Recomendaciones _____

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Laimu

- ○ Programación del procedimiento en Servinte
- ○ Insumo especial _____
- ○ Se envía correo a almacén de cirugía
- ○ Observaciones y Recomendaciones _____

CONFIRMACIÓN _____

- ○ Observaciones Servinte
- ○ Insumo especial y/o lentes _____
- ○ Se confirma cirugía vía telefónica _____

PRE-QUIRÚRGICA YAO

- ✓ Validar Consentimiento Informado diligenciado
- ✓ Revisar (HC, Biometría, insumos, Exámenes)
- ✓ Revisar fecha de cirugía frente a orden
- ○ Informar a programación de cancelación de usuario
- ✓ Imprimir HC de Anestesia

FILTRO _____

- ○ Revisar Historia Clínica completa
- ○ Pasar HC a almacén por insumo especial

ALMACÉN _____

- ○ Insumo especial en Físico
- ○ Tipo de Insumo _____
- ○ Observaciones _____

Lista chequeo egreso de usuarios

Clínica Visual & Auditiva

FECHA: 23 de Junio 2021.

Nombre usuario: Manuel Desiderio Hernan

Se entrega al familiar o al usuario:

- ✓ Formula Medica
- ○ Incapacidad
- ○ Copia de Nota Operatoria
- ○ Muestra o patología
- ○ Rotulo de patología corresponde con el paciente indicado
- ○ Familiar del usuario revisa datos del rotulo de patología y confirma veracidad
- ○ Anexo 3 en caso de entrega de patología al usuario
- ○ Patología queda bajo custodia de la clínica Visual y Auditiva
- ✓ Folleto con recomendaciones medicas y signos y síntomas de alarma
- ✓ Fecha de cita de control
- ○ Ayudas diagnosticas: _____
- ○ Resultados exámenes de laboratorio
- ✓ Paz y Salvo

Usuario sale del área de cirugía:

- ✓ En compañía del familiar
- ✓ En silla de ruedas
- ○ En brazos de los padres
- ○ En camilla
- ○ Remitido a otra institución



Observaciones:

TA: 140/95 Glucometria 140

FC: 80.

Nombre Auxiliar Enf Yuneika Avila.

Firma del Usuario o familiar responsable:

Julieta Rios Osorio

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CALI : Calle 5 B2 No. 37A - 50
PBX: 514 02 33 / 18. Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co

ISO 9001 icontec Código No. 3592-1

NOTAS DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

HISTORIA CLÍNICA No. 94432656

DÍA	MES	AÑO
23	06	2021

Inicio de : 8:20 am
Terminado: 8:26 am

NOMBRE PTE	Manuel Bordeto
APELLIDOS	Hernandez
CAMILLA	Silla 701
CIRUGÍA REALIZADA	Oclefotocoagulacion Panretinal OD

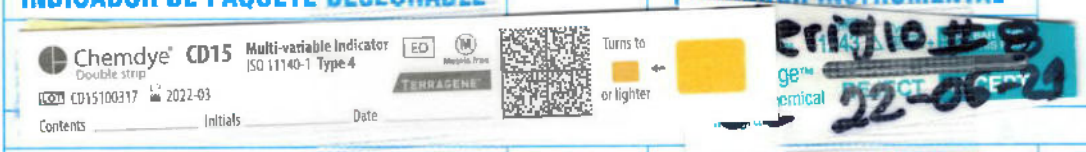
LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

	SI	NO	OBSERVACIONES:
CARGA LOTE			
FECHA DE ESTERILIZACIÓN	✓		
EMPAQUE DE PAQUETE	✓		
INTEGRIDAD DE PAQUETE	✓		
CONDICIÓN INSTRUMENTAL ACEPTABLE	✓		
NOMBRE DE RESPONSABLE	✓		VGa

DESCRIPCIÓN	CARGA		LOTE		EMPAQUE
	SI	NO	SI	NO	

CONTROL DE INDICADOR QUÍMICO Y DE EXPOSICIÓN

INDICADOR DE PAQUETE DESECHABLE



INDICADOR INSTRUMENTAL

INDICADOR DE VAPOR

INDICADOR DE PLASMA

INDICADOR E.T.O

Viviana Galan

Nombre Instrumentador Responsable

Firma

CONTEO DE MATERIA DE CURACIÓN Y ELEMENTOS CORTOPUNZANTES

ELEMENTOS DEL CONTEO	CONTEO INICIAL	ELEMENTOS ADICIONALES	CONTEO FINAL	CORRECTO	INCORRECTO	NOMBRE
GASAS						
MECHAS						
TORUNDAS						
ALGODONES						
COTONOIDES						
AGUJAS	3	-	3	-		VGC
HOJAS DE BISTURÍ						
HILADILLAS						
ESCLEROTOMO						

EN CASO DE TAPONAMIENTO

No. GASAS	No. MECHAS	UBICACIÓN

EQUIPOS

NOMBRE	COMPLETO	INCOMPLETO	
Aterguoft 8	—		

MUESTRAS TOMADAS

PATOLOGÍA	CULTIVOS

IMPRESO POR LITOGRAFÍA STAR SERVICE S.A.S Código P000598

AB

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

Carrera 38 No. 5B1-39 - PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
CALI - COLOMBIA

ISO 9001 icontec Código No. 2592-1

Nombre: Manuel Desiderio Hernandez R.

Documento de Identidad 94432656 Fecha: Junio-23/21

LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD QUIRURGICA DE LOS PACIENTES

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

- [x] El paciente ha confirmado:
  - Su identidad
  - El lugar del cuerpo
  - La operación
  - Su consentimiento
- [x] Marca en el lugar del cuerpo
  - [x] Si OD
  - [ ] No

Firma Aux. Filtro: Sayuri Cn

- [x] Verificar identidad paciente
- [x] Verificar el lugar del cuerpo
- [x] El pulsoxímetro está puesto en el paciente y funcionando.

Firma Aux. Bloqueo: [signature]

VoBo Jefe de área: [signature]

Tiene el paciente alguna alergia conocida?

- [x] Si
- [ ] No
- [x] Verificar que los equipos y la medicación anestésica estén completos

Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración?

- [ ] Si
- [x] No

Firma Anestesiólogo: [signature]

ANTES DE LA INSICIÓN CUTANEA

PAUSA

- [x] Confirmar que todo el personal se ha identificado por su nombre y función.
- [x] El cirujano confirma
  - [x] Identidad del paciente
  - [x] El lugar del cuerpo
  - [x] La operación

Administración de profilaxis Antibiótica:

- [ ] Si
- [x] No

Imágenes Dianósticas

- [ ] Si
- [x] No

Presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación.

- [ ] Si
- [x] No

Pedro Ignacio Cadena Oftalmologo R.M. 12205

Firma Cirujano: [signature]

Se ha confirmado la esterilidad del equipo e instrumentos?

- [x] Si
- [ ] No
- [x] Verificar que los equipos y el material están completos

Firma Instrumentadora: [signature]

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

SALIDA

La auxiliar confirma verbalmente con el personal

- [x] Nombre de la operación registrada

Rotulación de muestras

- [ ] Si
- [x] No aplica

- [x] Si
- [ ] No

Los recuentos de los instrumentos, e insumos son complejos

Firma Auxiliar Sala: [signature]

Firma Instrumentadora: [signature]

TA 147/99
FC 87x'
Ayuno 18:30
Alergia (-)
Glucometria: 149 mg/dL
Cita: 7:00 am

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

UNIDAD MEDICA VISUAL Y AUDITIVA

CALI PRINCIPAL: Calle 5B2 No. 37A - 50 PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta

DIA	MES	AÑO
23	06	2021

MEDICACIÓN PRE-ANESTESICA CIRUGIA AMBULATORIA

FOLIO No. 47

HISTORIA CLINICA NO. 94 482 656

FECHA	MEDICACION PRE-ANESTESICA	MGS.	VIA	HORA	EFECTO
	Midazolam 1mg	1			BUENO
	Fentanil 50mg	1			INSUFIC.
	Petohd 100mg	CT			DEPRIM.

Hernandez — Manuel
1er. APELLIDO — 2do APELLIDO — NOMBRES

Guarin
SERVICIO — SALA O CUARTO — CAMA

EDAD	SEXO M	SEXO F	PESO	TEMP.	ASA 1	2	3	4	5	ELECTIVA	URGENCIA	SALA No.	RESPONSABLE
46			60 KG.	N							X	01	Doomen

AGENTES HORA 15 30 45 09 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45

Sevo 3% 9l - 9l
O2 9 - 3 - 3
Bx Ke

TA
PULSO
INDUCCION X
INCISION
FIN ANES. X
RESP
TEMP.
PV
+
FOTO

38 36 34 32 30 28 26
210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40
3 EXP 2 ASIS. 1 CONT.

POSICION
INFUSION
PERDIDA
DIURESIS
Ob

X INDUCCION	RAPIDA	LENTA
1	Acetaminofen	
2	1gr V.O	
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

TECNICAS		
GENERAL		CONDUCTIVA
ABIERTO	CERRADO	EPIDURAL
SEMI		SUBARACNOIDEA
CIRCULAR	VAIVEN	CAUDAL
UNIDIRECCIONAL		BLOQUEO PLEXO
MASCARA		SIMPLE
TUBO No.		CONTINUA
OT	NT	AGUJA No.
MANGUITO		NIVEL
TOPICA		ALTURA PUNCION
TECNICA ESPECIAL		

COMPLICACIONES
Bloqueo fallido de cúpula y bloqueo motor incompleto a derecha

LIQUIDOS	TIEMPO	HRS.	MIN.
SSN	ANESTESIA		
LR			
MANITOL			
DEXTROSA			
TOTAL			

DIAGNOSTICO

OPERACION Quiste Sebaceo en Glúteo

CIRUJANO Dr. F Quevedo

ANESTESIOLOGO Dr. J Cano

INSTRUMENTADORA V. Galan

CIRCULANTE S. Toro.

IMPRESO POR SIT SAS

RECUPERACION POST- ANESTESICA

			LLEGADA	½ HORA	1 HORA	2 HORAS
ES CAPAZ DE MOVER:	**4 EXTREMIDADES** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	2				
ES CAPAZ DE MOVER:	**2 EXTREMIDADES** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	1 ACTIVIDAD	2	2	2	
NO ES CAPAZ DE MOVER:	NINGUNA **EXTREMIDAD** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	0				
ES CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE Y TOSER		2				
DISNEA O RESPIRACION LIMITADA		1 RESPIRACION	2	2	2	
APNEA		0				
TENSION ARTERIAL: 20% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO		2				
TENSION ARTERIAL: 20%-50% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO		1 CIRCULACION	2	2	2	
TENSION ARTERIAL: 50% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO		0				
TOTALMENTE CONSCIENTE		2				
SE DESPIERTA CUANDO LO LLAMAN		1 CONSCIENCIA	2	2	2	
NO RESPONDE		0				
ROSADO		2				
PALIDO CON RONCHAS, CETRINA, ICTERICIA		1 CIRCULACION	2	2	2	
CIANOTICO		0				
DEBE SER DADO DE ALTA EN EL QUE TIENE 8 ó MAS PUNTOS		10				
		5 TOTALES	10	10	10	
		0				

FUE DADO DE ALTA CON UNA CALIFICACION DE: 10

ESTADO AL SALIR: 1 VIVO 2 MUERTO

Dr. Johann Cerón Anestesiólogo R.M. 761758 - 01

FIRMA Y SELLO ANESTESIOLOGO

SEGUIMIENTO POST-OPERATORIO

	1 SEVERO	2 MODERADO	3 LIGERO	4 NINGUNO
SALIDA DE SANGRE POR INCISION				4
NAUSEA O VOMITO				4
DOLOR				4
FIEBRE				4
DOLOR DE GARGANTA, TOS				4

SE ESTA SINTIENDO MEJOR: 1 SI 2 NO

PRESENTA O TIENE DOLORES MUSCULARES: 1 SI 2 NO

Paulette Arroyo

NOMBRE DE LA ENFERMERA

Paulette Arroyo.

FIRMA

OBSERVACIONES:

Cód.P000161

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Clínica Visual & Auditiva

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONTINGENCIA COVID-19

Teniendo en cuenta la actual situación mundial en lo referente a la pandemia por el virus COVID-19, actualmente, el País se encuentra en situación de aislamiento social permanente, ordenado por el Gobierno Nacional (Decreto 531 de 2020), debido a la alta probabilidad de contagio por contacto con personas infectadas.

Considerando lo anterior, yo, Manuel Hernández Ríos identificado con cédula de ciudadanía No. 94432656 de Cali, expongo que acudo, como paciente o acudiente mayor de edad responsable, de manera libre, voluntaria y consciente, al Instituto para Niños Ciegos y Sordos, para atención en salud con el (la) Doctor (a) _____; de igual manera, si se llegase a requerir, a la posterior toma de ayudas diagnósticas, realización de procedimiento quirúrgico o láser y acto anestésico. Declaro que se me ha informado todo lo relacionado con la situación actual de contingencia secundaria a la pandemia generada por el contagio con COVID – 19 de manera amplia, clara y suficiente, y que he entendido, no sólo que, se han utilizado elementos de protección personal (EPP) por parte del profesional (médico) tratante, su asistente y todos los colaboradores de la Clínica Visual y Auditiva del Instituto para Niños Ciegos y Sordos, con el fin de prevenir cualquier tipo de contagio cruzado sin que esto limite la calidad en la atención médica prestada, sino también, de las razones y del uso de las medidas de Bioseguridad en general y mi conexa responsabilidad para advertir el potencial contagio por COVID – 19 y de la posibilidad de ser contagiado (a) por este virus durante mi traslado al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, durante mi atención (en consultorios, salas de cirugía, áreas de ayudas diagnósticas, salas de espera) y al regreso a mi hogar, por lo tanto, **ACEPTO y ASUMO POR COMPLETO y de manera autónoma, consciente y libre, el riesgo que genero de un posible contagio a mí, a mi familia y al personal de atención, así como las consecuencias del mismo** (en caso de estar infectado (a) existe la posibilidad de muerte en el posoperatorio de hasta un 20 a 30%). De igual manera me comprometo a seguir al pie de la letra, todas las recomendaciones e instrucciones de bioseguridad suministradas por el personal de atención de la clínica, impartidas por vía telefónica y presencial, antes, durante y posterior a mi atención médica. Adicionalmente, declaro que se me ha preguntado sobre síntomas respiratorios, contacto con personas sospechosas o positivas para COVID – 19, por medio de una encuesta física establecida por el Instituto para Niños Ciegos y Sordos, que de manera libre y voluntaria, he decidido asumir el riesgo de contagio por COVID – 19 y que libero al profesional que me presta sus servicios en salud, al personal de la Institución y al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, de cualquier efecto legal relacionado con un potencial contagio, consecuencias del mismo durante y después de cualquier procedimiento y acto anestésico y el posible contagio de mi familia por COVID - 19.

Para constancia, se firma en Santiago de Cali, a los 23 días del mes de 06 de 2020.

Manuel Hernández R

Firma del paciente.

Firma del acudiente responsable – mayor de edad (si aplica).

94432656 Cali

Numero de documento de identidad.

45

Instituto Para Niños Ciegos y Sordos Del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

(Otorgado en desarrollo de la Ley 1981 y sus modificaciones)

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

SEGURIDAD

A. Fecha: ✗ 23 Junio 2021 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: ✗ Manuel Hernández Ríos

C. H.C ó Reg. No. 1 94432656 Cali

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor Quevedo para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento: Ciclofotocoagulación Transescleral OD

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de éste procedimiento, también me han aclarado todas las dudas, igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que se requiera anestesia esta sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo escogido por el médico o por el centro y lo autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que consideren mas aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente los posibles riesgos más importantes para la realización de esta cirugía:

4. **Generales:** Infección: _____ Sangrado: _____ Reacción a Anestesia: _____

Oftalmológicas: Pérdida visual parcial o total _____ Hipo o Hipercorrección Muscular: _____
Hemorragia Expulsiva: _____ Desprendimiento de Retina: _____ Edema de la Mácula: _____
Visión Doble: _____ Opacidad Corneal: _____ Glaucoma: _____ Ruptura Capsular: _____
Reacomodación del Lente: _____ Uveítis: ✗ Daño en el iris: _____ Otros: Ptisis
Oftalmia Simpatica

Otorrinolaringológicas: Lesión de Nervio parcial o total: _____ Fístula con salida de líquido cerebral: _____ Daño de tejido cerebral: _____ Persistencia de tabique desviado, deformidad, o perforación: _____ Cambios en mi voz: _____ Otros: _____

5. El Doctor queda autorizado para ordenar disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destino de exámenes anatomo patológicos.

6. En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones _____ (si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: _____

7. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Firma del Paciente: _____ Testigo: Julieta Ríos Osorio

C.C No. 94432656 Cali C.C No. 31216968

E. Declaraciones y Firmas:

1. Médico (s) responsable (s): He informado al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Pedro Ignacio Quevedo
Oftalmologo
RM 17205

Firma del Profesonal: _____

Documento de Identidad: _____ Fecha: _____

2. Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El Médico me ha explicado de forma safisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por elo Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor (es) _____

_____

y e personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma Familiares: _____ Parentesco: Tía

Testigo: _____ Fecha: _____

NOTA: En caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

49

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
Clínica Visual Y Auditiva

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES DE ANESTESIA

Seguridad

A. Fecha: 21-JUNIO 2024 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: Manuel Hernández Ríos

C. Historia Clínica o Reg. No. CC 94432656 Cali

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor _____ para que por su intermedio en el ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento anestésico.

Anestesia General ☐ Anestesia Con Bloqueo Peribulbar. ☒

Anestesia Con Bloqueo Retrobulbar ☐ Anestesia Raquídea. ☐

Anestesia Tópica ☐ Anestesia Subtenoniana ☐ Anestesia Regional ☐

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento anestésico, también me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente (colocación de medicación que le permita al cirujano realizar el procedimiento sin que me produzca dolor) y que los posibles riesgos mas importantes son (los marcados con X):

- Sangrado X
- Mareo X
- Náusea ó Vómito X
- Depresión Respiratoria X
- Paro Cardiaco X
- Dolor de Cabeza X
- Infecciones X
- Hipotensión Arterial X
- Perforación Ocular +
- Hematomas +
- Hipertensión Ocular +
- Espasmo Laringeo ó Broquial _____
- Fiebre Maligna _____

Otros (incluye no mencionados pero reconocidos en evidencia científica): _____

Cód. P000623 IMPRESO POR LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S. NIT 900.332.530-1 TEL. 895 95 26 CALI

4. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: Manuel Quiñonez C.C Nº 94432656 Cali

Testigo (1) ó Familiar: Julieta Rios Osorio C.C Nº 31216968

Parentesco: Tia

Testigo (2) ó Familiar: _____ C.C Nº _____

Parentesco: _____

E. Declaraciones y Firmas:

1. Medico (s) responsable (s): _____ He informado en fecha inicial del documento al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____ Sello: _____

Documento de Identidad: _____

NOTA: En caso de una menor de 18 años o persona inhabilitada para firmar, debe firmar un tutor legal o familiar.

1. Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Cod P00023 IMPRESO POR: LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S NIT 900.332530-1 TEL. 895 95 26 CALI

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE PREANESTESIA Y PREQUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/06/21

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	JOHANN SMITH CERON ARIAS		

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Antecedentes Patológicos: DIABETES MELLITUS TIPO 2, NIEG AOTRAS PATOLOGIAS

REVISION DE SISTEMAS POSITIVO

Cardiovascular: NO
Respiratorio: NO
Neurológico: NO
Otros: PRIMERA DOSIS COVID 19

ANTECEDENTES

Antecedentes Farmacológicos(Dosis/Tiemp): METFORMIAN AELALAPRIL CIPLAGALPTINA, ATORVASTATINA
Antecedentes Quirúrgicos: Niega
Antecedentes Alérgicos: Niega
Otros Antecedentes: EF: 2

EXAMEN FISICO

Frecuencia Cardíaca: 85
Tensión Arterial (Mm/Hg): 168/78
Dientes Postizos - Protesis Dental: No
Mallampati: Clase 1
Diametro Tiromentoniano: >6
Apertura Oral: >4
Hallazgos Especiales: AUSUCCLATACION CRADIOPULMONAR NORMAL

RESULTADOS DE LABORATORIO

P. de Orina: Normal
Electrocardiograma: Normal
OBSERVACIONES: NO REQUIERE

DIAGNOSTICOS

Causa Externa: Enfermedad general
Tipo de Dx: Confirmado repetido
Dx: H408 OTROS GLAUCOMAS
Clase: Principal
Dx Ingreso/Egreso: Ingreso

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

HISTORIA CLINICA DE PREANESTESIA Y PREQUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/06/21

Remitido:	No
INFORMACION ADICIONAL	
Clasificación ASA:	2
Plan de Manejo:	SE PUEDE PROGRAAMR CON ANETSTEIS ALOCAL Y SEDACION SE EXPLICA TECNICA Y REISGOS ENTIENDE Y ACEPTA
Tipo de Anestesia:	Local con Sedación
Nada por Vía Oral:	Si
Historia Revisada:	Si
Consentimientos Firmados:	Si
Explicación al paciente del riesgo y anestesia:	Si
Condiciones Satisfactorias para Administrar Anestesia:	Si
Recomendación con Medicamentos:	SE DILIGENCIA TES DE FRAGILIDAD
Fecha - Hora de Cirugía:	23/06/21 7AM
Acompañante:	3053976658-3192408371
Cirujano:	DR QUEVEDO
Procedimiento Programado::	124304 ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA

Firma del Médico	Registro Médico
	13-7861
	Especialidad
JOHANN SMITH CERON ARIAS	ANESTESIOLOGIA
C.C: 94527769	

Profesional Origen: JOHANN SMITH CERON ARIAS **Profesional Modifica:** JOHANN SMITH CERON ARIAS

Fecha Cierre: 2021/06/21 **Hora Cierre:** 09:09:32 **Profesional Cierre:** JOHANN SMITH CERON ARIAS **Esp:** ANESTESIOLOGIA **Registro:** 13-7861

42

Clínica Visual & Auditiva

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel Hernández **Nº DOCUMENTO** 94432656

EDAD 46 **SERVICIO AL QUE ASISTE** _____ **FECHA** Jun

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal *(Moco)* en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuarentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

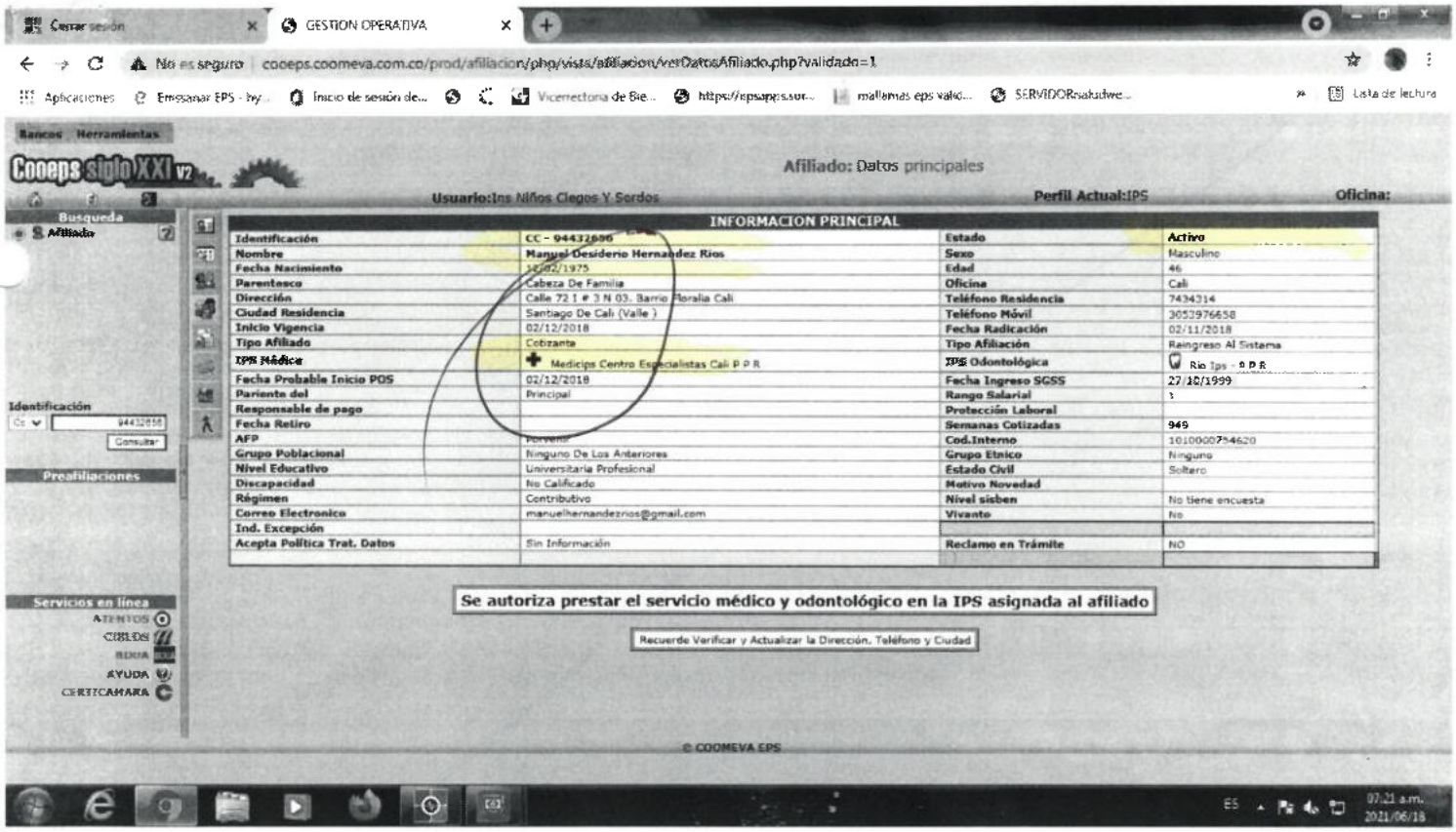
Yo, Manuel Hernández R. certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la institución puede desistir de brindarme el servicio.

Manuel Hernández R

Firma Paciente o Responsable

Realizada PRESENCIAL [X] TELEFÓNICA [ ] Responsable

Pcte OK
18-06-21


Cerrar sesión
GESTION OPERATIVA
No es seguro
cooeps.coomeva.com.co/prod/afiliacion/php/vista/afiliacion/verDatosAfiliado.php?validado=1
Aplicaciones
Emisamar EPS - Inv...
Inicio de sesión de...
Vicerrectoria de Bie...
https://epsapps.sor...
mallamas eps valid...
SERVIDORsaludwe...
Lista de lectura
Bancos Herramientas
Cooeps siglo XXI v2
Afiliado: Datos principales
Usuario:Ins Niños Ciegos Y Sordos
Perfil Actual:IPS
Oficina:
Busqueda
Afiliado
Identificación
Cc
94432856
Consultar
Preafiliaciones
Servicios en línea
ATENTOS
CIBLOS
BDUA
AYUDA
CERTICAMARA
INFORMACION PRINCIPAL
Identificación
CC - 94432856
Estado
Activo
Nombre
Manuel Desiderio Hernandez Rios
Sexo
Masculino
Fecha Nacimiento
16/02/1975
Edad
46
Parentesco
Cabeza De Familia
Oficina
Cali
Dirección
Calle 72 I # 3 N 03. Barrio Floralia Cali
Teléfono Residencia
7434314
Ciudad Residencia
Santiago De Cali (Valle)
Teléfono Móvil
3053976658
Inicio Vigencia
02/12/2018
Fecha Radicación
02/11/2018
Tipo Afiliado
Cotizante
Tipo Afiliación
Reingreso Al Sistema
IPS Médica
Medicips Centro Especialistas Cali P P R
IPS Odontológica
Rio Ips - S P R
Fecha Probable Inicio POS
02/12/2018
Fecha Ingreso SGSS
27/12/1999
Pariente del
Principal
Rango Salarial
1
Responsable de pago
Protección Laboral
Fecha Retiro
Semanas Cotizadas
949
AFP
Cod.Interno
1010000734620
Grupo Poblacional
Ninguno De Los Anteriores
Grupo Etnico
Ninguno
Nivel Educativo
Universitaria Profesional
Estado Civil
Soltero
Discapacidad
No Calificado
Motivo Novedad
Régimen
Contributivo
Nivel sisben
No tiene encuesta
Correo Electronico
manuelhernandezrios@gmail.com
Vivanto
No
Ind. Excepción
Acepta Política Trat. Datos
Sin Información
Reclamo en Trámite
NO
Se autoriza prestar el servicio médico y odontológico en la IPS asignada al afiliado
Recuerde Verificar y Actualizar la Dirección, Teléfono y Ciudad
© COOMEVA EPS
ES
07:21 a.m.
2021/06/18

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE LASER

Fecha de Apertura: 2021/06/17

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
	H408 OTROS GLAUCOMAS
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Anestesiólogo:	NO
Anestesia:	GOTAS
Riesgo:	2
Ayudante:	NO
Procedimiento Realizado 1::	127501 TRABECULOPLASTIA CON LASER
Observaciones:	T/PLASTIA OI

HALLAZGOS

Hallazgos Operatorios:	NO
Tejidos Enviados a Patología:	NO

TECNICA UTILIZADA

Energía OI:	0.7
Pulso OI:	1
Número de Disparos OI:	75

OTROS

Complicaciones:	NO
Condición Post-Operatorio:	BUENO
Dx. Post - Operatorio Definitivo:	IGUAL
Instrucciones al Paciente:	REPOSO RELATIVO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE LASER

Fecha de Apertura: 2021/06/17

Firma del Médico	Registro Médico
PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI	17205
C.C: 16594758	**Especialidad** OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 2021/06/17 **Hora Cierre:** 16:59:34 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

LISTA DE CHEQUEO PARA PROCEDIMIENTO DE LASER

INGRESO

Antes del procedimiento
Auxiliar de Enfermería

EL PACIENTE HA CONFIRMADO:

- ☑ Identidad
- ☑ Procedimiento a realizar
- ☑ Sitio del procedimiento
- ☑ Consentimiento informado firmado

Se marca lateralidad:

☐ OD ☑ OI ☐ AO

Se administran gotas según indicación del Medio tratante:

☐ Midriáticas ☐ Mióticas

Firma Auxiliar Enfermería

PAUSA

Antes de realizar los disparos del equipo cirujano

EL CIRUJANO CONFIRMA:

- ☑ Identidad
- ☑ Procedimiento a realizar
- ☑ Lateralidad
- ☑ Colocación y verificación de parámetros
- ☑ Disparos de prueba

Observaciones:

Firma del Cirujano

Pedro Ignacio Quevedo
Oftalmólogo
RM 17205

SALIDA

Antes de la salida del paciente del consultorio Cirujano y Auxiliar

SE REALIZA PROCEDIMIENTO:

- ☑ SI
- ☐ NO

Complicación durante el procedimiento

- ☐ SI
- ☑ NO

☑ Se hace entrega de recomendaciones

Post procedimiento y formúla médica

Observaciones:

Atropina AO OI.
Temp 36.2

031227



Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto Para Niños Ciegos y Sordos Del Valle Del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

(Otorgado en desarrollo de la Ley 1981 y sus modificaciones)

Seguridad

40

A. Fecha: 17 JUN 2021 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: Manuel Desiderio Hernández Ríos

C. H. C ó Reg. No. 94432656

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor Oviedo para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento: Trabeculoplastia OI

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento, también me han aclarado todas las dudas, igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que se requiera anestesia esta sea aplicada por parte de un medico anestesiólogo escogido por el médico o por el centro y lo autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que consideren mas aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente los posibles riesgos mas importantes para la realización de esta cirugía:

4. **Generales:** Infección: ____ Sangrado: ____ Reacción a Anestesia: ____

Oftalmológicas: Perdida visual parcial o total __x__ Hipo o Hipercorrección Muscular: ____ Hemorragia expulsiva: ____ Desprendimiento de Retina: ____ Edema de la Macula: ____ Visión Doble: ____ Opacidad Corneal: ____ Glaucoma: ____ Ruptura Capsular: ____ Reacomodación del Lente: ____ Uveítis: __x__ Daño en el Iris: ____ Otros: Reintervención

Otorrinolaringológicas: Lesión de Nervio parcial o total: ____ Fistula con salida de liquido cerebral: ____ Daño de tejido cerebral: ____ Persistencia de tabique desviado, deformidad, o perforación: ____ Cambios en mi voz: ____ Otros: ____

5. El Doctor queda autorizado para ordenar disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destino de exámenes anatomo patológicos.

6. En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones ____ (si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: ____

IMPRESO POR: LITOGRAFÍA STAR SERVICE S.A.S Código P000622

7.Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: Manuel Dávila R. Testigo: _____

C.C Nº 94432656 Cali C.C Nº

E. Declaraciones y Firmas:

1.Medico (s) responsable (s): He informado al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____

Pedro Ignacio Quevedo
Oftalmólogo
R.M 17205

Documento de Identidad: _____ Fecha: _____

2.Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente_____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo_____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

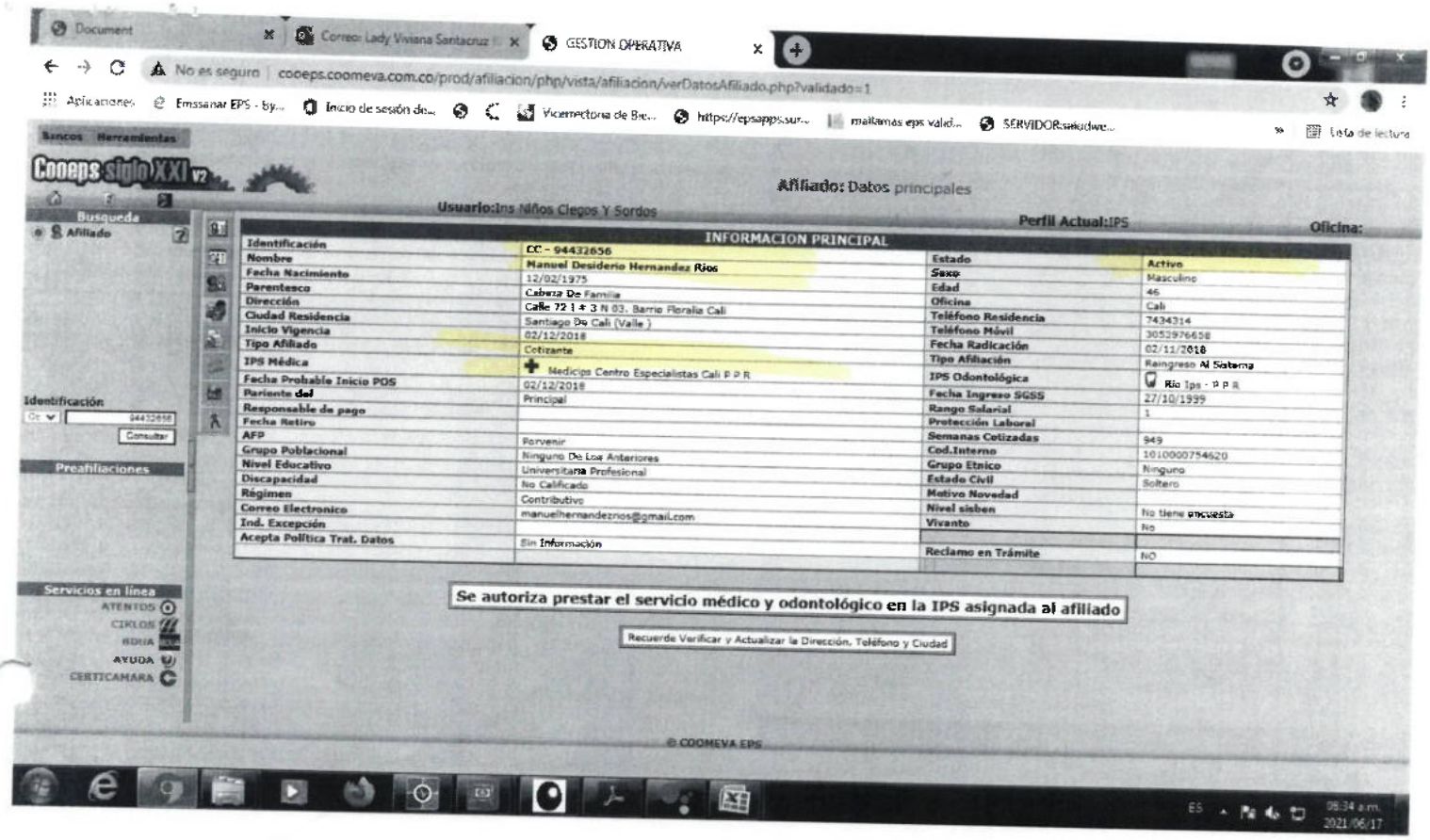
_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma Familiares: _____ Parentesco: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

NOTA: En caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.


Document
Correo: Lady Viviana Santacruz
GESTION OPERATIVA
No es seguro | cooeps.coomeva.com.co/prod/afiliacion/php/vista/afiliacion/verDatosAfiliado.php?validado=1
Bancos Herramientas
Cooeps siglo XXI v2
Afiliado: Datos principales
Usuario:Ins Niños Ciegos Y Sordos
Perfil Actual:IPS
Oficina:
Busqueda
Afiliado
Identificación
Consultar
Preafiliaciones
Servicios en linea
ATENTOS
CIKLOS
IDRIA
AYUDA
CERTICAMARA
INFORMACION PRINCIPAL
Identificación CC - 94432656
Nombre Manuel Desiderio Hernandez Rios
Fecha Nacimiento 12/02/1975
Parentesco Cabeza De Familia
Dirección Calle 72 1 e 3 N 03. Barrio Floralia Cali
Ciudad Residencia Santiago De Cali (Valle)
Inicio Vigencia 02/12/2018
Tipo Afiliado Cotizante
IPS Médica Medicips Centro Especialistas Cali P P R
Fecha Probable Inicio POS 02/12/2018
Pariente del Principal
Responsable de pago
Fecha Retiro
AFP Porvenir
Grupo Poblacional Ninguno De Los Anteriores
Nivel Educativo Universitaria Profesional
Discapacidad No Calificado
Régimen Contributivo
Correo Electronico manuelhernandezrios@gmail.com
Ind. Excepción
Acepta Política Trat. Datos Sin Información
Estado Activo
Sexo Masculino
Edad 46
Oficina Cali
Teléfono Residencia 7434314
Teléfono Móvil 3052976658
Fecha Radicación 02/11/2018
Tipo Afiliación Reingreso Al Sistema
IPS Odontológica Rio Ips - P P R
Fecha Ingreso SGSS 27/10/1999
Rango Salarial 1
Protección Laboral
Semanas Cotizadas 949
Ced.Interno 1010000754620
Grupo Etnico Ninguno
Estado Civil Soltero
Motivo Novedad
Nivel sisben No tiene encuesta
Vivanto No
Reclamo en Trámite NO
Se autoriza prestar el servicio médico y odontológico en la IPS asignada al afiliado
Recuerde Verificar y Actualizar la Dirección, Teléfono y Ciudad
© COOMEVA EPS
ES
08:34 a.m.
2021/06/17

39

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 94.432.656

HERNANDEZ RIOS
APELLIDOS

MANUEL DESIDERIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1975
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

31-AGO-1993 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3112100-65128638-M-0094432656-20050308 00242 05067A 02 161119243

3053976658
3192408371

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 890.303.395 - 4
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
17 JUN 2021
Yady
RECIBIDO

Confirma pte
junio 17
H: 4:00

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/17

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:	POP T/PLASTIA OI PACIENTE CON DOLOR OCULAR Y PRESION ELEVADA EN OD 40mmHg. REQUIERE DE MANERA URGENTE CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL EN OD VALORACION CON ANESTESIOLOGO PREQX PROCEDIMIENTO A REALIZAR EN SALA DE CIRUGIA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H408 OTROS GLAUCOMAS
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Conducta:	POP T/PLASTIA OI PACIENTE CON DOLOR OCULAR Y PRESION ELEVADA EN OD 40mmHg. REQUIERE DE MANERA URGENTE CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL EN OD VALORACION CON ANESTESIOLOGO PREQX PROCEDIMIENTO A REALIZAR EN SALA DE CIRUGIA
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Urgente
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Procedimiento 1:	124304 ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA
Cantidad:	1

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA OSCURIDAD Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/17

Cantidad:	0
Examen 1:	8903023 CONSULTA ESPECIALIZADA PREANESTESICA OFTALMOLOGIA
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	POP T/PLASTIA OI PACIENTE CON DOLOR OCULAR Y PRESION ELEVADA EN OD 40mmHg. REQUIERE DE MANERA URGENTE CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL EN OD VALORACION CON ANESTESIOLOGO PREQX PROCEDIMIENTO A REALIZAR EN SALA DE CIRUGIA

Firma del Médico	Registro Médico
	17205
	Especialidad
PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI	OFTALMOLOGIA
C.C: 16594758	

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 2021/06/17 **Hora Cierre:** 09:36:12 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 17/06/2021

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	12/02/1975	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H408 OTROS GLAUCOMAS
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Diagnóstico Relacionado 2:	Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
Diagnóstico Relacionado 3:	H544 CEGUERA DE UN OJO
Conducta:	PACIENTE CON GNV OD E HIPERTENSION OCULAR OI CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA AO REQUIERE EN FORMA URGENTE TRABECULOPLASTIA LASER SLT OJO IZQUIERDO, OJO UNICO, PARA INTENTAR DISMINUIR PRESION INTRAOCULAR HOY EN 24 MMHG SE EXPLICA PROCEDIMIENTO LASER NO ES PARA MEJORAR VISION, ES PARA INTENTAR DISMINUIR PIO. SE ENTREGA CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO POR EL DR QUEVEDO SE EXPLICAN RIESGOS Y BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO POST CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL OD URGENTE POR PIO ELEVADA HOY EN 40MMHG Y DOLOR OCULAR. VAL PRE QX. CONTINUAR KRYTANTEK C/12 HORAS OD ENVIO PREDNISOLONA CADA HORA O CADA 2 HORAS OD. NO SE INICIAN HIPOTENSORES A OI TODAVIA
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Urgente
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y VALORAMOS EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 17/06/2021

Procedimiento 1:	127501 TRABECULOPLASTIA CON LASER
Cantidad:	1
Cantidad:	0
Justificación Clínica:	PACIENTE CON GNV OD E HIPERTENSION OCULAR OI CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA AO REQUIERE EN FORMA URGENTE TRABECULOPLASTIA LASER SLT OJO IZQUIERDO, OJO UNICO, PARA INTENTAR DISMINUIR PRESION INTRAOCULAR HOY EN 24 MMHG

Firma del Médico

Pedro Ignacio Quevedo Oftalmologo R.M. 17205

PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

C.C: 16594758

Registro Médico

17205

Especialidad

OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 17/06/2021 **Hora Cierre:** 08:23:47 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

Clínica Visual & Auditiva

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel Hernández R **Nº DOCUMENTO** 94432656

EDAD 46 **SERVICIO AL QUE ASISTE** _____ **FECHA** Jun/17/2021

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal (*Moco)* en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuarentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

Yo, Manuel Hernández R, certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la Institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la Institución puede desistir de brindarme el servicio.

Manuel Hernández R

Firma Paciente o Responsable

Realizada PRESENCIAL ☐ TELEFÓNICA ☐ Responsable Jody O

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
artamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE DIABETICO DM2 DESDE HACE 20 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE REFIERE QUE REPORTE DE ULTIMA HG 7.6%

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR POR LO QUE SE APLICO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS
ESTA PENDIENTE.

SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO 28/05/2021.
HALLAZGOS: HEMORRAGIA VITREA DENSA ORGANIZADA, DESPRENDIMIENTO DE POLO POSTERIOR DESPRENDIMIENTO TRACCIONAL DE RETINA EN AREA MACULAR Y SOBRE 4 ARCADAS.

Observaciones Plan de Evolución:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

OD: HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL, CÓRNEA OPACA ENGROSADA CON EDEMA MICROQUISTICO, RESTOS HEMATICOS EN PERIFERIA, CÁMARA FORMADA, AFAQUIA.

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 24 MMHG OI: 12 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS OPACOS, CAVIDAD LLENA DE SILICON, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	H405 GLAUCOMA SECUNDARIO A OTROS TRASTORNOS DEL OJO

Conducta:

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR
SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020

SE DIO ORDEN PARA CIRUGIA DEL OJO DERECHO EL 14/07/2020 PARA REALIZAR 8 DIAS DESPUES DE LA INYECCION INTRAVITREA DE AFLIBERCEPT SIN EMBARGO HUBO UNA DEMORA ADMINISTRATIVA POR LO QUE SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + ENDOLASER + SILICON OJO DERECHO. EL 28/05/2021.
SE DEJO AFACO (NO SE IMPLANTO EL LENTE ARTISAN) POR QUE EL DIA DE LA CIRUGIA SE ENCONTRO GLAUCOMA NEOVASCULAR (VASOS ANOMALOS EN EL IRIS) CON ABUNDATE SANGRADO Y HEMORRAGIA VITREA , ESTO ES UNA COMPLICACION DE LA RETINOPATIA DIABETICA QUE NO SE DETECTO ANTES POR EL RETRASO EN LA CIRUGIA Y LA FALTA DE CONTROLES POR CONSULTA

CONTINUAR CON
1. KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO MIPRES N° 20210601133028124379
2. VALRACIÓN POR GLAUCOMA **URGENTE**

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

3. PREDNISOLONA CADA HORA EN OJO DERECHO
4. ACETAZOLAMIDA DE 250 MG CADA 12 HORAS POR 10 DIAS
5.LUCENTIS (RANIBIZUMAB) jeringa precargada 1,65 mg. Ampolla # 1
Aplicar intravítrea en AMBOS OJOS Primera Dosis. PARA MANEJO DE EDEMA MACULAR DIABETICO. MIPRES N° 20210601133028124379
6. CONTROL EN 15 DIAS MARTES 15 DE JUNIO 2021 HORA:2:00 PM

Remitido: No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Cantidad:	0

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2021/06/01 **Hora Cierre:** 16:37:11 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
artamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución: INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE DIABETICO DM2 DESDE HACE 20 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE REFIERE QUE REPORTE DE ULTIMA HG 7.6%

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR POR LO QUE SE APLICO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS
ESTA PENDIENTE.

SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO 28/05/2021.
HALLAZGOS: HEMORRAGIA VITREA DENSA ORGANIZADA, DESPRENDIMIENTO DE POLO POSTERIOR DESPRENDIMIENTO TRACCIONAL DE RETINA EN AREA MACULAR Y SOBRE 4 ARCADAS.

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

OD: HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL, CÓRNEA OPACA ENGROSADA CON EDEMA MICROQUISTICO, RESTOS HEMATICOS EN PERIFERIA, CÁMARA FORMADA, AFAQUIA.

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 24 MMHG OI: 12 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS OPACOS, CAVIDAD LLENA DE SILICON, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Diagnóstico Relacionado 2:	H405 GLAUCOMA SECUNDARIO A OTROS TRASTORNOS DEL OJO
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020 SE DIO ORDEN PARA CIRUGIA DEL OJO DERECHO EL 14/07/2020 PARA REALIZAR 8 DIAS DESPUES DE LA INYECCION INTRAVITREA DE AFLIBERCEPT SIN EMBARGO HUBO UNA DEMORA ADMINISTRATIVA POR LO QUE SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + ENDOLASER + SILICON OJO DERECHO. EL 28/05/2021. SE DEJO AFACO (NO SE IMPLANTO EL LENTE ARTISAN) POR QUE EL DIA DE LA CIRUGIA SE ENCONTRO GLAUCOMA NEOVASCULAR (VASOS ANOMALOS EN EL IRIS) CON ABUNDATE SANGRADO Y HEMORRAGIA VITREA , ESTO ES UNA COMPLICACION DE LA RETINOPATIA DIABETICA QUE NO SE DETECTO ANTES POR EL RETRASO EN LA CIRUGIA Y LA FALTA DE CONTROLES POR CONSULTA CONTINUAR CON 1. KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO MIPRES N° 20210601133028124379

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA
Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

2. VALRACIÓN POR GLAUCOMA **URGENTE**
3. PREDNISOLONA CADA HORA EN OJO DERECHO
4. ACETAZOLAMIDA DE 250 MG CADA 12 HORAS POR 10 DIAS
5.LUCENTIS (RANIBIZUMAB) jeringa precargada 1,65 mg. Ampolla # 1
Aplicar intravítrea en AMBOS OJOS Primera Dosis. PARA MANEJO DE EDEMA MACULAR DIABETICO. MIPRES N° 20210601133028124379
6. CONTROL EN 15 DIAS MARTES 15 DE JUNIO 2021 HORA:2:00 PM

Remitido: No

ORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Prioritario
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Procedimiento 1:	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
Cantidad:	2
Cantidad:	0
Examen 1:	8903072 CONSULTA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA
Cantidad:	1
Examen 2:	8903071 CONSULTA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA - RETINOLOGIA
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	SOLICITAR

1. KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO
2. VALRACIÓN POR GLAUCOMA **URGENTE**
3. PREDNISOLONA CADA HORA EN OJO DERECHO
4. ACETAZOLAMIDA DE 250 MG CADA 12 HORAS POR 10 DIAS
5.LUCENTIS (RANIBIZUMAB) AO
6. CONTROL EN 15 DIAS

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2021/06/01 **Hora Cierre:** 16:23:02 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

31

OK ENVIADO 31-05-2021 6:25 PM N.O. (28-05-2021)

RV: MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS CC: 94432656 Tutela#310041 Sanción_Solicitud de Historia

Ana Marcela Henao Ovalle <anam_henao@coomeva.com.co>

Lun 31/05/2021 18:19

Para: Luis Fernando Solano Beltran <luis.solano@ciegosysordos.org.co>

1 archivos adjuntos (217 KB)

Manuel Hernandez CC 94432656 Tutela.pdf;

Buenas Tardes Sr. Luis Fernando

Cordial Saludo,

Por medio de la presente solicito su colaboración con la historia clínica de la cirugía realizada el 28 Mayo/2021 a nuestro usuario Manuel Desiderio Hernandez Rios identificado con Cedula: 94432656 quien tiene Tutela#310041 en desacato.

HC. 2003110227

Se requiere la historia clínica para dar respuesta al juzgado.

Adjunto Tutela.

Agradezco su atención y colaboración

Ana Marcela Henao Ovalle
Auxiliar Tutelas
Oficina Cali
Carrera 61 # 9 - 250 - 5 Piso
Cali, Colombia
anam_henao@coomeva.com.co
www.eps.coomeva.com.co



Este mensaje y cualquier archivo adjunto es considerado confidencial y podría contener información privilegiada y/o reservada del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva, para el uso exclusivo de su destinatario. Si llegó a usted por error, le agradecemos eliminarlo e informar al remitente, absteniéndose de divulgarlo en cualquier forma. Las opiniones contenidas en este mensaje y sus adjuntos no necesariamente coinciden con las posiciones institucionales de la organización.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2021/05/28

Identificación:	CC 94432656	Fecha de Nac.:	1975/02/12
Edad:	46 Años	Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Médico Tratante:	ENFERMERIA ENFERMERIA

Filtro Quirúrgico

Ingreso: Ingresa Paciente al Area de Filtro en compañía de un adulto responsable,se entrega con ropa para cirugía, se orienta que pase al vestier, se lave las manos y la cara retirando maquillaje, joyas, moñas y demas accesorios. Se cambia y se entrega al acompañante los objetos personales. . Confirma conocimiento derechos y deberes: SI. Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Hora de Ingreso: 08:25 . Tensión Arterial (Mm/Hg): 150/108 . Frecuencia Cardíaca: 98 . Glucometria (Mg/dl): 186 . Ayuno: S[illegible]Hora de Ultima Ingesta: 19:00 . Alergías (Especifique): No Presenta . Ingesta de Aspirina y Derivados: No. Laboratorios: No. Imagenes Diagnosticas: No. Marcacion del Sitio Operatorio: Si. Tipo de Pre Medicacion: NA . Consentimiento de Cx Firmado: Si. Consentimiento de Anestesiologo Firmado: Si. Se canaliza: Si. Vena Periferica: MSD. Angiocath: 22. Con: SSN 0.9%. Profilaxis Antibiótica Medicamento: NA . Gotas Administradas: OQSEINA al 0.4%, MYDRIACIL al 1%. Causa de Cancelación: NA . Observaciones: CIRCULANTE: ANA MILENA LEÓN. .

Bloqueo Quirúrgico

Ingreso: Ingresa el paciente al área de bloqueo . Hora de Bloqueo: 09:00 AM . Saturación de Oxigeno: 98% . Frecuencia Cardiaca: (91) Latidos x minuto . Soporte de Oxigeno con mascara facial: a (3) litros por minuto . Se confirma órgano a operar: Organo Derecho. Realiza Asepsia del Area Operatoria con: Isodine Solución. Tipo de Bloqueo: Peribulbar. Anestesiólogo: DRA CANO . Se coloca bloquea sin complicaciones: Si. Medicamentos Administrados: DORMICUM 1 MG EV FENTANYL 50 MCG EV PENTOTAL 100 MG EV . Observaciones: ANDRES LUGO. .

Salas de Cirugia (Circulante)

Paciente Procedente de: Bloqueo. Ingresa a la sala de Cirugia: 3. Hora de Ingreso: 09:20 . Frecuencia Cardiaca: (88) Latidos x minuto . Tensión Arterial (Mm/Hg): 173/104 . Saturación de Oxigeno: (100) % . Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Verificacion del sitio quirurgico: Si. Laboratorios o Ayudas Diagnosticas: No. Lista de Chequeo en Voz Alta: Si. Asepsia del Area Operatoria: OQ seina al 0.4%, Yodopovidona al 0.5% gotas OQ Septic, Isodine Solucion. Area Quirurgica p[illegible]arada por: Instrumentadora, Cirujano, Circulante. Tipo de Anestesia: Regional. Hora de Induccion: 09:00 . Insumo u[illegible]zado Via Aerea: CANULA NASAL. Inicio de Cirugia: 09:30 . Fin de Cirugia: 11:15 . Descripción del Procedimiento: VITRECTOMIA POSTERIOR + EXTRACCION DE LIO + ENDOLASER + SILICON E INYECCION DE AVASTIN OJO DERECHO . Cirujano: DRA JACKELINE VALENZUELA . Anestesiólogo: DRA BLANCA CANO . Instrumentador: LAURA FERNANDEZ . Oclusión Ocular: Si. Lubricacion ocular con viscotears: No. Patologias identificadas: No. Cultivos: No. Liquidos Endovenosos: SSN 0.9 % 250 ML. Herida Quirurgica: Seca y Limpia, Apósito, Protector Ocular. Conteo Final del Instrumento completo: Si. Observaciones: AUX. DANIELA MARMOLEJO. .

Medicamentos Administrados Circulante

Medicamentos Administrados: FENTANYL 50 MCG EV MIDAZOLAN 1 MG EV .

Recuperación

Hora de Ingreso: 11:20AM . Herida Quirurgica: Apósito, Protector Ocular. Seguimiento Post-Operatorio: SE DA SALIDA CON ALDRETE DE 10. Signos Vitales: AL EGRESO . Tensión Arterial (Mm/Hg): 174/109 . Frecuencia Cardíaca: 79X' . Glucometria (Mg/dl): N/A . Saturación de Oxigeno: (100) % .

Medicamentos Administrados Recuperacion

Medicamentos Administrados: N/A .

Observaciones de Recuperacion

Se entrega al Paciente: Formula Medica, Historia Clinica, Folleto de Cuidados PostQuirurgicos. Hora de Egreso: 12:10 .

Observaciones Recuperacion: AUX. MARIA SUGEY CHARA S.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2021/05/28

Firma del Médico	Registro Médico
	Especialidad
ENFERMERIA ENFERMERIA	ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA
C.C: 38554138	

Profesional Origen: ANA MILENA LEON **Profesional Modifica:** MARIA SUGEY CHARA

Fecha Cierre: 2021/05/28 **Hora Cierre:** 12:10:13 **Profesional Cierre:** ENFERMERIA ENFERMERIA **Esp:** ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA **Registro:**

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 28/05/2021

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	12/02/1975	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	PARTICULARES
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

DESCRIPCION QUIRUGICA

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Diagnóstico Prequirúrgico:	LUXACION DEL CRISTALINO
Procedimiento Programado::	147403 VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA
Procedimiento Programado 2:	147401 VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES (136)
Procedimiento Programado 3:	147104 VITRECTOMÍA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO
Lateralidad Órgano:	Órgano Derecho
Descripción Quirúrgica:	EXTRACCION DE LENTE SUBLUXADO+ VITRECTOMIA POSTERIOR+ ENDOLASER+ SILICON SIN LIO

*PREVIA ASEPSIA + ANTISEPSIA
*SE COLOCA TEGADERM + BLEFAROSTATO
*SE REALIZA INCISIONES A LAS 3 Y 9H
*SE APLICA VISCOELASTICO
*SE REALIZA INCISION SUPERIOR
*SE EXTRAE LIO SUBLUXADO
SE ENCUENTRA RUBEOSIS IMPORTANTE DEL IRIS, CON SANGRADO PROFUSO SE APLICA VISCOAT FRIO

*ESCLEROTOMIA CON SISTEMA 23G INFEROTEMPORAL, *SUPERONASAL Y SUPEROTEMPORAL
*SE REALIZA VITRECTOMIA POSTERIOR
*HALLAZGOS: HEMORRAGIA VITREA DENSA ORGANIZADA, DESPRENDIMIENTO DE POLO POSTERIOR DESPRENDMIENTO TRACCIONAL DE RETINA EN AREA MACULAR Y SOBRE 4 ARCADAS
*SE REALIZA VITRECTOMIA Y SE LIMPIA BASE DEL VITREO BAJO INDENTACION
** SE REALIZA ENDOLASER PANFOTOCOAGULACION
*SE ASPIRA VISCOELASTICO
*SE HIDRATAN INCISIONES SE DEJA BURBUJA DE AIRE EN CAMARA ANTEROR QUE DETIENE SANGRADO EN PERIFERIA DE CAMARA
*SE REALIZA INTERCAMBIO LIQUIDO/AIRE
*SE INYECTA AVASTIN Y SILICON 5000
*SE RETIRAN TROCARS
* SE SUTURAN ESCLEROTOMIAS
*ANTIBIOTICO SUBCONJUNTIVAL

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 28/05/2021

Condición Post-Operatorio:	BUENO
Anestesiólogo:	CANO
Anestesia:	LOCAL
Riesgo:	2
Ayudante:	NO
Procedimiento Realizado 1::	147403 VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA
Procedimiento Realizado 2::	147401 VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES (136)
Procedimiento Realizado 3::	147104 VITRECTOMÍA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO
Procedimiento Realizado 4::	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
Tejidos Enviados a Patología:	NO

CONDUCTA

Conducta:

POSICION BOCA ABAJO
RETIRAR PARCHE MAÑANA
CONTROL MARTES 3PM

FORMULA
LLAMAR CALL CENTER 4862034 O COMPRAR EN DROGUERIA DEL INSTITUTO

2. CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA (SOPHIXIN DX) COLIRIO OFTALMICO # 1.
APLICAR UNA GOTA CADA 3H EN OJO OPERADO
3. ACETAMINOFEN TABLETAS 500MG # 8. TOMAR UNA TABLETA CADA 6H SI DOLOR
4. PREDNISONA TABLETAS 50MG. TOMAR 1 TABLETA DIA POR 5 DIAS.
6. KRYTANTEK COLIRIO. APLICAR UNA GOTA CADA 12H HASTA NUEVA ORDEN

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 28/05/2021 **Hora Cierre:** 11:30:20 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

PROGRAMACIÓN SEGURA

Clínica Visual & Auditiva

Manuel Desiderio Hernandez

NOMBRE DEL PACIENTE

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS Jaime

- ✓ Validar plataforma
- ✓ Autorizaciones
- ✓ Documentación (H.C, Consent. Inf, Copia cedula, ctc, mipres, anexo 3)
- ○ Insumo especial _____
- ○ Observaciones y Recomendaciones _____

OK Biometria

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA _____

- ○ Programación del procedimiento en Servinte
- ○ Insumo especial Lente Artisan
- ○ Se envía correo a almacén de cirugía
- ○ Observaciones y Recomendaciones _____

CONFIRMACIÓN _____

- ○ Observaciones Servinte
- ○ Insumo especial y/o lentes _____
- ○ Se confirma cirugía vía telefónica _____

PRE-QUIRÚRGICA _____

- ○ Validar Consentimiento Informado diligenciado
- ○ Revisar (HC, Biometría, insumos, Exámenes)
- ○ Revisar fecha de cirugía frente a orden
- ○ Informar a programación de cancelación de usuario
- ○ Imprimir HC de Anestesia

FILTRO _____ Daniela

- ✓ Revisar Historia Clínica completa
- ✓ Pasar HC a almacén por insumo especial

ALMACÉN _____ Oscar

- ○ Insumo especial en Físico
- ○ Tipo de Insumo Artisan Aphakia 17.0
- ○ Observaciones En ~~Espera~~ Físico

(19-5-2021) 26-5-2021

Lista chequeo egreso de usuarios

Clínica Visual & Auditiva

FECHA: Mayo-28-21

Nombre usuario: Manuel Hernandez

Se entrega al familiar o al usuario:

- ○ Formula Medica
- ○ Incapacidad
- ✓ Copia de Nota Operatoria
- ○ Muestra o patología
- ○ Rotulo de patología corresponde con el paciente indicado
- ○ Familiar del usuario revisa datos del rotulo de patología y confirma veracidad
- ○ Anexo 3 en caso de entrega de patología al usuario
- ○ Patología queda bajo custodia de la clínica Visual y Auditiva
- ○ Folleto con recomendaciones medicas y signos y síntomas de alarma
- ✓ Fecha de cita de control Junio 1-/21 3pm
- ○ Ayudas diagnosticas: _____
- ○ Resultados exámenes de laboratorio
- ✓ Paz y Salvo

El usuario sale del área de cirugía:

- ✓ En compañía del familiar
- ✓ En silla de ruedas
- ○ En brazos de los padres
- ○ En camilla
- ○ Remitido a otra institución



Observaciones: TD: 174/109
T: 790

Nombre Auxiliar Enf Sandra Ramos

Firma del Usuario o familiar responsable:

Julieta Rios Osorio

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA
CALI : Calle 5 B2 No. 37A - 50
PBX: 514 02 33 / 18. Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co
Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
ISO 9001 icontec Código No. 2582-1

20

NOTAS DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

HISTORIA CLÍNICA No. 94.432-656.

DÍA	MES	AÑO
28	05	2021

Inicia Qx: 9:30AM
Termina Qx: 11:15 am

NOMBRE PTE	Daniel Desiderio
APELLIDOS	Hernandez
CAMILLA	Sala #3
CIRUGÍA REALIZADA	Vitrectomia Posterior + extracción de LIO + Endolaser + Silicon + Inyeccion Avastin OD.

LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

	SI	NO	OBSERVACIONES:
CARGA LOTE	✓		
FECHA DE ESTERILIZACIÓN	✓		
EMPAQUE DE PAQUETE	✓		
INTEGRIDAD DE PAQUETE	✓		
CONDICIÓN INSTRUMENTAL ACEPTABLE	✓		
NOMBRE DE RESPONSABLE	LF		

BEVACIZUMAB 25 mg·mL
Dosis: 2,5 mg Vol: 0,1mL
LOTE: H0270
FF: 07_20 FV: 07_22
ESTABILIDAD FQ 60 DIAS
REALIZAR PURGA
PARA DOSIS 2MG/0.08ML

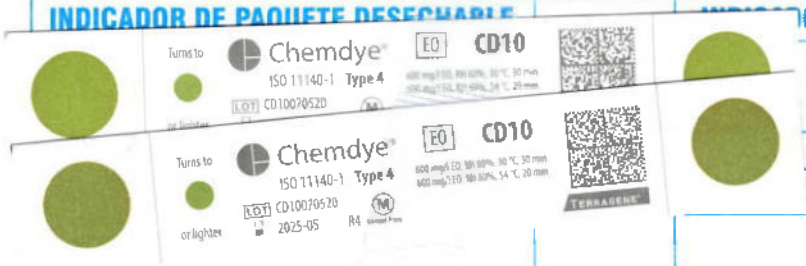
Envasado por: ASISFARMA S.A.
Para: OFTAMED S.A.S.
LOTE: OFTONC210422
FE: 22/04/2021
FV: 21/06/2021
REFRIGERADO 2-8°C
PROTEGIDO DE LA LUZ

micromed CE 0373
PDMS - Olio di Silicone - 10cc - 5000 cSt
REF MMD-675
LOT M675- 3919 2019-09
2024-09
8 033757 396753
Micromed s.r.l. - Italia
Via G. Oberdan, 21 - 00013 Fonte Nuova (RM)

DESCRIPCIÓN	CARGA SI	CARGA NO	LOTE SI	LOTE NO	EMPAQUE

CONTROL DE INDICADOR QUÍMICO Y DE EXPOSICIÓN

INDICADOR DE PAQUETE DESECHABLE



INDICADOR INSTRUMENTAL



INDICADOR DE PLASMA

INDICADOR E.T.O

Nombre Instrumentador Responsable Laura Fernandez

Firma

CONTEO DE MATERIA DE CURACIÓN Y ELEMENTOS CORTOPUNZANTES

ELEMENTOS DEL CONTEO	CONTEO INICIAL	ELEMENTOS ADICIONALES	CONTEO FINAL	CORRECTO	INCORRECTO	NOMBRE
GASAS						
MECHAS						
TORUNDAS						
ALGODONES						
COTONOIDES						
AGUJAS						
HOJAS DE BISTURÍ						
HILADILLAS						
ESCLEROTOMO						

EN CASO DE TAPONAMIENTO

No. GASAS	No. MECHAS	UBICACIÓN

EQUIPOS

NOMBRE	COMPLETO	INCOMPLETO	
Catarata # 3	✓		

MUESTRAS TOMADAS

PATOLOGÍA	CULTIVOS

IMPRESO POR LITOGRAFÍA STAR SERVICE S.A.S Código P000598

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

Carrera 38 No. 5B1-39 - PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
CALI - COLOMBIA

ISO 9001 icontec
Código No. 2592-1

Nombre: Karel . Posada Hinestroza Act.

Documento de Identidad: 94492656. Fecha: 28 05 2014

LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD QUIRURGICA DE LOS PACIENTES

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

☑ El paciente ha confirmado:
- Su identidad
- El lugar del cuerpo
- La operación
- Su consentimiento

☑ Marca en el lugar del cuerpo

☑ Si OD
☐ No

Firma Aux. Filtro: Firma Grea

☑ Verificar identidad paciente
☑ Verificar el lugar del cuerpo
☑ El pulsoxímetro está puesto en el paciente y funcionando.

Firma Aux. Bloqueo: [signature]

VoBo Jefe de área: [signature]

Tiene el paciente alguna alergia conocida?

☐ Si
☑ No
☑ Verificar que los equipos y la medicación anestésica estén completos

Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración?

☐ Si
☑ No

Firma Anestesiólogo: Dra. Blanca N. Cano Anestesióloga Reg. 12526 Unidad Medica Visual & Auditiva

ANTES DE LA INSICIÓN CUTANEA

PAUSA

☑ Confirmar que todo el personal se ha identificado por su nombre y función.

☑ El cirujano confirma
- ☐ Identidad del paciente
- ☐ El lugar del cuerpo
- ☐ La operación

Administración de profilaxis Antibiótica:
☑ Si
☐ No

Imágenes Diagnósticas
☑ Si
☐ No

Presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación
☐ Si
☑ No

Dra. Jackeline Valenzuela Oftalmóloga R. M. 1079

Firma Cirujano: [signature]

Se ha confirmado la esterilidad del equipo e instrumentos?
☑ Si
☐ No
☑ Verificar que los equipos y el material están completos

Firma Instrumentadora: [signature]

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

SALIDA

La auxiliar confirma verbalmente con el personal

☑ Nombre de la operación registrada

☐ Rotulación de muestras
☑ Sí
☐ No aplica

☐ Si
☐ No Los recuentos de los instrumentos, e insumos son complejos

Firma Auxiliar Sala: [signature]

Firma Instrumentadora: [signature]

TA 150/108.

FC 98x1

Ayuno 19:00.

Alergias (-)

Hotacion 07320n
Glucometria: 186mg/dl

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

UNIDAD MEDICA VISUAL Y AUDITIVA

CALI PRINCIPAL: Calle 5B2 No. 37A - 50 PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta

DIA	MES	AÑO
28	05	2021

MEDICACIÓN PRE-ANESTESICA CIRUGIA AMBILATORIA

FOLIO No. 26

HISTORIA CLINICA NO. 94432656

FECHA	MEDICACION PRE-ANESTESICA	MGS.	VIA	HORA	EFECTO
					BUENO
					INSUFIC.
					DEPRIM.

Hernandez Hameed D.
1er. APELLIDO 2do APELLIDO NOMBRES

ORT
SERVICIO SALA O CUARTO CAMA

EDAD	SEXO	PESO	TEMP.	ASA						SALA No.	RESPONSABLE
26	M X F	68 KG.		1 X	2	3	4	5	ELECTIVA X URGENCIA	3	

AGENTES HORA 9 10 11 (15 30 45)

Xilo 2 cc
Bisto
Total 15

TA X
PULSO
INDUCCION X
INCISION
FIN.ANES. X
RESP
TEMP.
PV
+
FOTO

38 36 34 32 30 28 26

210 21VP 200 19 180 17 160 15 140 13 120 11 100 9 80 7 60 5 40
3 EXP 20ASIS. 1CONT.

POSICION 1 2 3
INFUSION
PERDIDA
DIURESIS

X INDUCCION: RAPIDA	LENTA	TECNICAS			COMPLICACIONES
1	Fent 1cc	GENERAL		CONDUCTIVA	
2	Lept 1m	ABIERTO	CERRADO	EPIDURAL	
3	MPS= 106 DC	SEMI		SUBARACNOIDEA	
4	Ketamina 50	CIRCULAR	VAIVEN	CAUDAL	
5		UNIDIRECCIONAL		BLOQUEO PLEXO	
6		MASCARA		SIMPLE	
7		TUBO No.		CONTINUA	
8		OT	NT	AGUJA No.	
9		MANGUITO		NIVEL	
10		TOPICA		ALTURA PUNCION	
11		TECNICA ESPECIAL			
12					

LIQUIDOS	TIEMPO	HRS.	MIN.
SSN	ANESTESIA		
LR			
MANITOL			
DEXTROSA			
TOTAL			

DIAGNOSTICO + oreja izq

OPERACION MPP + Extrace LPD + hasson + Sleeve

CIRUJANO Dr. Valenzuela

INSTRUMENTADORA Lorena.

ANESTESIOLOGO Bocanegra

CIRCULANTE Pamela

RECUPERACION POST- ANESTESICA

			LLEGADA	½ HORA	1 HORA	2 HORAS
ES CAPAZ DE MOVER:	**4 EXTREMIDADES** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	2				
ES CAPAZ DE MOVER:	**2 EXTREMIDADES** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	1 ACTIVIDAD	2	2	2	
NO ES CAPAZ DE MOVER:	NINGUNA **EXTREMIDAD** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	0				
ES CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE Y TOSER		2				
DISNEA O RESPIRACION LIMITADA		1 RESPIRACION	2	2	2	
APNEA		0				
TENSION ARTERIAL: 20% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO		2				
TENSION ARTERIAL: 20%-50% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO		1 CIRCULACION	2	2	2	
TENSION ARTERIAL: 50% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO		0				
TOTALMENTE CONSCIENTE		2				
SE DESPIERTA CUANDO LO LLAMAN		1 CONSCIENCIA	2	2	2	
NO RESPONDE		0				
ROSADO		2				
PALIDO CON RONCHAS, CETRINA, ICTERICIA		1 CIRCULACION	2	2	2	
CIANOTICO		0				
DEBE SER DADO DE ALTA EN EL QUE TIENE 8 6 MAS PUNTOS		10				
FUE DADO DE ALTA CON UNA CALIFICACION DE: 10		5 TOTALES	10	10	10	
ESTADO AL SALIR: [X] 1 VIVO [ ] 2 MUERTO		0				

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Unidad Medica Visual o Auditiva

Dra. Blanca N. Cano
Anestesióloga
Reg. 12526

FIRMA Y SELLO ANESTESIOLOGO

SEGUIMIENTO POST-OPERATORIO

	1 SEVERO	2 MODERADO	3 LIGERO	4 NINGUNO
SALIDA DE SANGRE POR INCISION	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]
NAUSEA O VOMITO	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]
DOLOR	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]
FIEBRE	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]
DOLOR DE GARGANTA, TOS	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]

SE ESTA SINTIENDO MEJOR: [✓] SI [2] NO

PRESENTA O TIENE DOLORES MUSCULARES: [1] SI [2] NO

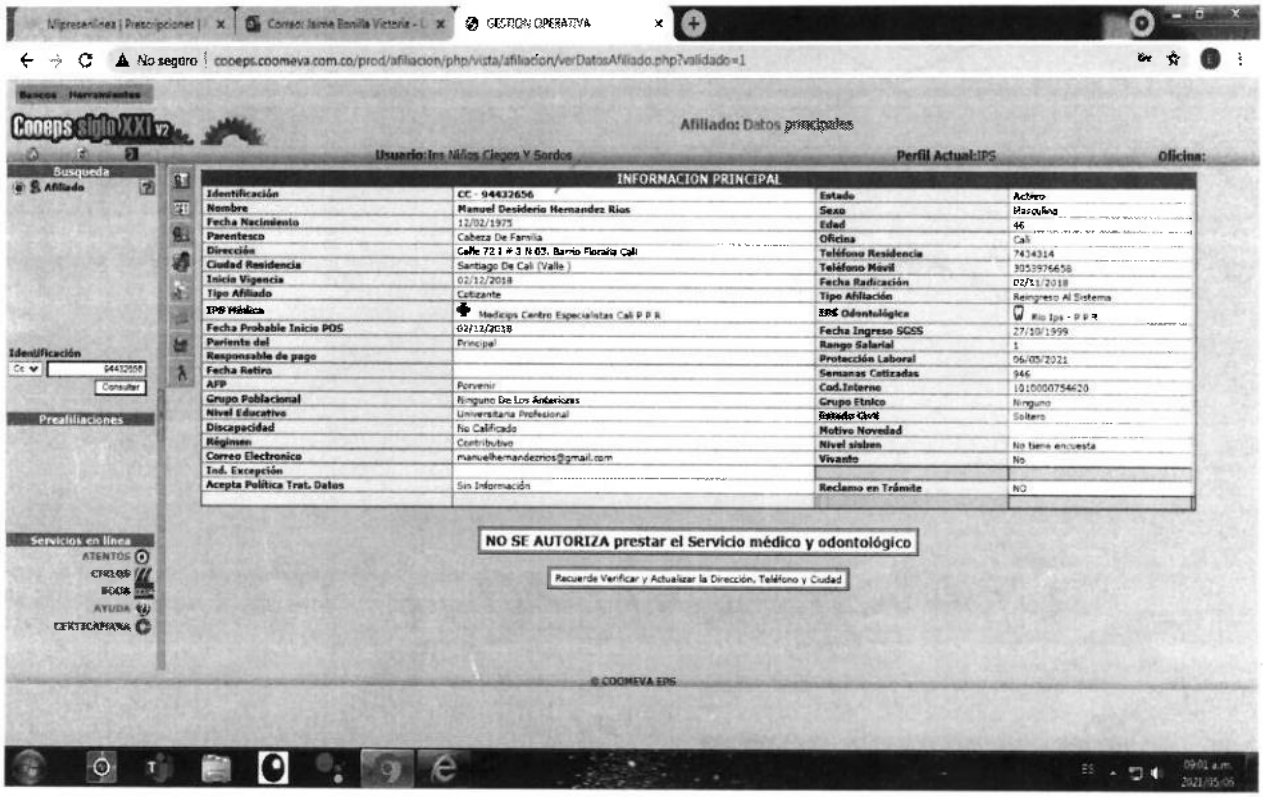
Maria Sierra
NOMBRE DE LA ENFERMERA

FIRMA

OBSERVACIONES: _____

0311227 1854053
24-02-21 QX

1st Pharmacy EP



14/5/2021

Imprimir Autorización

Coomeva | EPS

Centro: 23034 Ordenamiento :236197 Orden :1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS **Código:** EPS016

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
21128092	14/05/2021 11:19:48	205456248	2020-12-30 08:03:00

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre: Instituto Para Niños Ciegos Y Sordos Del Valle Del Cauca
Dirección: CRA 38 # 5B 1 - 45 - SANTIAGO DE CALI - VALLE
No. Identificación: NIT - 890303395 - 4
Teléfono: (2)5140233
Contratación: Evento
Código: 760010520501

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Hernandez Rios Manuel Desiderio
No. Identificación: CC-94432656
Fecha de Nacimiento: 1975/02/12
Teléfono Celular: 3053976658
Teléfono: 7434314
Departamento: VALLE
Municipio: SANTIAGO DE CALI
Dirección de Residencia habitual: CALLE 72 I # 3 N 03. BARRIO FLORALIA CALI
Correo Electrónico: manuelhernandezrios@gmail.com
IPS Afiliado: Medicips Centro Especialistas Cali P P R
Régimen Contributivo
Plan Complementario:
Oficina: Cali

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA
Diagnóstico: H360
Finalidad: Enfermedad General

Tipo Código	Código	Descripción	Cantidad
CUPS	999999	M1-208-5372|lente Intra Ocular De Fijacion Escleral	1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago : 100

	Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recaudo Del Prestador	Cuota Moderadora	0	0
	Copago	0	0
	Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recobro : Ninguno

Observaciones:
Autorizacion generada automaticamente por la funcionalidad del decreto 4747 para la solicitud de autorizacion de servicios AT3 con codigo (205456248). Soporte aplicativos: Se modifica fecha de creación de orden con Vo Bo de la jefatura Nacional de Prestación de Servicios de Salud correo del viernes 22/01/2021 4:44 p. m. [Reimpresión AMIIENAOO = orden vencida solicitada por el prestador para programar cirugia] Solicitud POS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ricardo Eleazar Urrutia Copete
Cargo: Auxiliar Sala Sip Virtual Of. Cali - Generadores At4
Teléfono: No aplica

Facturar a: COOMEVA EPS

No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama

Esta autorización es valida por 90 días a partir de la fecha de expedición.

EPS-FT-063

Mod. Sep/2013

VIGILADO Supersalud
Coomeva E.P.S. S.A. Vigilada Supersalud. Res. 0386/95. Afiliada a ACEMI.

25

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
Clínica Visual Y Auditiva

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INTERVENCIONES DE ANESTESIA

Seguridad

A. Fecha: Marzo - 11/ 2021 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: Manuel D. Hernández Ríos

C. Historia Clínica o Reg. No. CC?

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor Blanco Nano para que por su intermedio en el ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento anestésico.

Anestesia General ☐ Anestesia Con Bloqueo Peribulbar. ☒

Anestesia Con Bloqueo Retrobulbar ☐ Anestesia Raquídea. ☐

Anestesia Tópica ☐ Anestesia Subtenoniana ☐ Anestesia Regional ☐

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento anestésico, también me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente (colocación de medicación que le permita al cirujano realizar el procedimiento sin que me produzca dolor) y que los posibles riesgos mas importantes son (los marcados con X):

- Sangrado X
- Mareo X
- Náusea ó Vómito X
- Depresión Respiratoria X
- Paro Cardiaco X
- Dolor de Cabeza X
- Infecciones X
- Hipotensión Arterial X
- Perforación Ocular _____
- Hematomas _____
- Hipertensión Ocular _____
- Espasmo Laringeo ó Broquial _____
- Fiebre Maligna _____

Otros (incluye no mencionados pero reconocidos en evidencia científica): _____

Cód P000623 IMPRESO POR: LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S NIT 900.332530-1 TEL: 895 95 26 CALI

4.Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: ∝ _____ C.C Nº ∝ 94432656

Testigo (1) ó Familiar: ∝ Julieta Rios Osorio C.C Nº ∝ 31216968

Parentesco: ∝ hija.

Testigo (2) ó Familiar: _____ C.C Nº _____

Parentesco: _____

E. Declaraciones y Firmas:

1.Medico (s) responsable (s): Blanco Nieto He informado en fecha inicial del documento al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____ Sello: _____

Documento de Identidad: 31154288

NOTA: En caso de una menor de 18 años o persona inhabilitada para firmar, debe firmar un tutor legal o familiar.

1. Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Cód P000623 IMPRESO POR: LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S NIT. 900332530-4 TEL: 895 95 26 CALI

Coomeva | EPS

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS identificado con CC-94432656 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Mayo 05 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

94432656

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

EPS-FT-1143 Cre. Oct/2015

CX MAYO 28

CONO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE PREANESTESIA Y PREQUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/03/11

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	BLANCA NUBIA CANO ARIAS		

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Antecedentes Patológicos: DIABETES TIPO 2

TECEDENTES

Antecedentes Farmacológicos(Dosis/Tiemp): CITAGLITINA METFORMINA ENALAPRIL ATORVASTATINA

Antecedentes Quirúrgicos: CATARATA AMBOS OJOS

Antecedentes Alérgicos: Niega

Observaciones: REFIERE EJERCICIO DIARIO 2 VECES AL DIA SIN SINTOMAS.

EXAMEN FISICO

Peso(Kgs): 68

Talla(Cms): 174

Frecuencia Cardíaca: 99

Tensión Arterial (Mm/Hg): 170/100

Dientes Postizos - Protesis Dental: No

Mallampati: Clase 1

RESULTADOS DE LABORATORIO

(g%) :: 12,5

DIAGNOSTICOS

Causa Externa: Enfermedad general

Tipo de Dx: Confirmado repetido

Dx: H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3

Clase: Principal

Dx Ingreso/Egreso: Ingreso

Remitido: No

INFORMACION ADICIONAL

Clasificación ASA: 2

Plan de Manejo: BLOQUEO PERIBULBAR OD

Tipo de Anestesia: Local con Sedación

Nada por Vía Oral: Si

Historia Revisada: Si

Consentimientos Firmados: Si

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCANDO LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE PREANESTESIA Y PREQUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/03/11

Explicación al paciente del riesgo y anestesia:	Si
Condiciones Satisfactorias para Administrar Anestesia:	Si
Recomendación con Medicamentos:	SI
Fecha - Hora de Cirugía:	19/03/21 4.30PM
Acompañante:	3053976658-3192408371
Cirujano:	DRA VALENZUELA
Procedimiento Programado::	147401 VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES (136)

Firma del Médico	Registro Médico
	13-2993
	Especialidad
BLANCA NUBIA CANO ARIAS	ANESTESIOLOGIA
C.C: 31154288	

Profesional Origen: BLANCA NUBIA CANO ARIAS **Profesional Modifica:** BLANCA NUBIA CANO ARIAS

Fecha Cierre: 2021/03/11 **Hora Cierre:** 11:22:34 **Profesional Cierre:** BLANCA NUBIA CANO ARIAS **Esp:** ANESTESIOLOGIA **Registro:** 13-2993

23

Clínica Visual & Auditiva

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel hernandez **Nº DOCUMENTO** 94432656

EDAD 46 años **SERVICIO AL QUE ASISTE** Anestesiologia **FECHA** 23-02-21

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal (*Moco*) en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuafentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

Yo, _____ certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la institución puede desistir de brindarme el servicio.

Continua asistencia

_____
Firma Paciente o Responsable

Realizada PRESENCIAL ☐ TELEFÓNICA ☐ Responsable Karla latorre

Dra Valenzuela

Coomeva | EPS

Centro: 23034 Ordenamiento :227903 Orden :1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
208294187	17/11/2020 11:39:59	204786195	17/11/2020 18:16:41

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre: Instituto Para Niños Ciegos Y Sordos Del Valle Del Cauca
No. Identificación: NIT - 890303395 - 4
Contratación: Evento
Dirección: CRA 38 # 5B 1 - 45 - SANTIAGO DE CALI - VALLE
Teléfono: (0_2)5140233
Código: 760010520501

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Hernandez Rios Manuel Desiderio

No. Identificación: CC-94432656 | Fecha de Nacimiento: 1975/02/12 | Dirección de Residencia habitual: Calle 72 i # 3 N 03, Barri floralia CALI | Régimen Contributivo
Teléfono Celular: 3053976658 | Teléfono: 7434314 | Correo Electrónico: manuelhernandezrios@gmail com | Plan Complementario:
Departamento: VALLE | Municipio: SANTIAGO DE CALI | IPS Afiliado: Viva 1a - 80 | Oficina: Cali

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA Diagnóstico: H360 Finalidad: Enfermedad General

Tipo Código	Código	Descripción	Cantidad
CUPS	999999	MI-208-5372]lente Intra Ocular De Fijacion Escleral	1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago : 100

	Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recaudo Del Prestador	Cuota Moderadora	0	0
	Copago	0	0
	Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recobro : Ninguno

Observaciones:

Autorizacion generada automaticamente por la funcionalidad del decreto 4747 para la solicitud de autorizacion de servicios AT3 con codigo (204786195). [Obs. VTANGARIFE - CUBRE LENTE ARTISAN DE APHAKIA SEGUN COTIZACION INCYS DEL 30/09/2020 A TARIFAS ENTIDAD $850.000 Tutela#310041] Solicitud POS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ricardo Eleazar Urrutia Copete Cargo: Auxiliar Sala Sip Virtual Of Cali - Generadores At4 Teléfono: No aplica

Facturar a: COOMEVA EPS

No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama

Esta autorización es valida por 90 días a partir de la fecha de expedición.

EPS-FT-063 Mod. Sep/2013

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: #500 Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000516363
Coomeva E.P.S. S.A. Vigilada Supersalud. Res. 0536/96. Afiliada a ACEMI.

Manuel Hernández Ríos
94.432.656 Cali

Cx 19 Marzo

Coomeva

Actualizar Autorización lente

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 890.303.395 - 4
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
28 DIC 2020
RECIBIDO

3053976658
3007410153

Manuel Hernandezr.01@gmail.com

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/09/01

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

Entidad Prestadora: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código: 7600105205
artamento: Valle del Cauca - 76
Municipio: Cali - 76001
Número de Solicitud: 0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución: INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE DIABETICO DM2 DESDE HACE 20 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE REFIERE QUE REPORTE DE ULTIMA HG 5.9%

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR POR LO QUE SE APLICO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS
ESTA PENDIENTE
VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO. **PRIORITARIA**

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, LENTE SUBLUXADO INFERIOR SOBRE APTICA INFERIOR SOBRE IRIS,

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y

BUSCANDO LUZ EN LA SOMBRA Y VALORES EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/09/01

CLARO

PIO: OD: 24 MMHG OI: 12 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO EXC 0.3, MÁCULA CON ABUNDANTES EXUDADOS LIPIDICOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, POLO POSTERIOR, EXUDADOS BLANDOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, PERIFERIA SIN LESIONES, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020 YA SE PUEDE PROGRAMAR VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO. **PRIORITARIA** YA QUE LA PRESON ESTA ELEVANDOSE. CONTINUAR CON ACETAZOLAMIDA CADA 12 HORAS DURANTE 3 DIAS KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO CONTROL E 8 DIAS MARTES 11 DE AGOSTO 2020 HORA: 4:00PM DRA VALENZUELA
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Cantidad:	0

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/09/01

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL

Fecha Cierre: 2020/09/01 **Hora Cierre:** 16:12:50 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION OTORRINOLARINGOLOGICA

Fecha de Apertura: 2020/08/11

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código: 7600105205
Departamento: Valle del Cauca - 76
Municipio: Cali - 76001
Número de Solicitud: 0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución: INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR QUE SE BENEFICIA DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS **PRIORITARIA**
POSTERIOR A ESTO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, LENTE SUBLUXADO INFERIOR SOBRE APTICA INFERIOR SOBRE IRIS,

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 12 MMHG OI: 10 MMHG

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCANDO LUZ EN LA SOMBRA Y ESCUCHANDO EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION OTORRINOLARINGOLOGICA

Fecha de Apertura: 2020/08/11

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO EXC 0.3, MÁCULA CON ABUNDANTES EXUDADOS LIPIDICOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, POLO POSTERIOR CON GRAN EXUDACION LIPIDICA, EXUDADOS BLANDOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, PERIFERIA SIN LESIONES, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020 SE FORMULA: -TIMOLOL CADA 12 HORAS POR 3 MESES EN OJO DERECHO. SE SOLICITA: -CITA CONTROL MEN 20 DIAS EL 01 DE SEP/2020 HORA: 3:30PM. FACTURAR SI.
Remitido:	No

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL

Fecha Cierre: 2020/08/11 **Hora Cierre:** 16:26:21 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 04/08/2020

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	12/02/1975	Edad:	45 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	PARTICULARES
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
De rtamento:	Valle del Cauca - 76
M cipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020 YA SE PUEDE PROGRAMAR VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO. CONTINUAR CON ACETAZOLAMIDA CADA 12 HORAS DURANTE 3 DIAS KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO CONTROL E 8 DIAS MARTES 11 DE AGOSTO 2020 HORA: 4:00PM DRA VALENZUELA
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Justificación Clínica:	VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA +

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 04/08/2020

ENDOLASER + GAS OJO DERECHO. **PRIORITARIA** NO MAYOR A UNA SEMANA

YA TIENE ORDENES DESDE HACE MAS DE 20 DIAS

Firma del Médico	Registro Médico
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	251079/2009
C.C. 32062713	**Especialidad**
	OFTALMOLOGIA

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA Derly Jackeline Valenzuela Oftalmóloga y Vitreo R.M. 251079 PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL

Fecha Cierre: 04/08/2020 **Hora Cierre:** 16:41:25 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR QUE SE BENEFICIA DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS **PRIORITARIA**
POSTERIOR A ESTO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

Observaciones Plan de Evolución:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, LENTE SUBLUXADO INFERIOR SOBRE APTICA INFERIOR SOBRE IRIS,

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 12 MMHG OI: 10 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO EXC 0.3, MÁCULA CON ABUNDANTES EXUDADOS LIPIDICOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, POLO POSTERIOR CON GRAN EXUDACION LIPIDICA, EXUDADOS BLANDOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, PERIFERIA SIN LESIONES, RETINA APLICADA

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	SE ABRE NUEVA HISTORA PARA DAR ORDEN DE INCAPACIDAD POR 3 DIAS A PARTIR DE HOY.
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2020/07/28 **Hora Cierre:** 13:48:59 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
artamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución: INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.

EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR

POP DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS REALIZADA EL 24/JULIO/2020.

REFIERE DOLOR OCULAR EN OJO DERECHO CON PIO DE 32 MMHG SE INDICO MANEJ CON ACETAZOLAMIDA 1 TAB DE 250MG, HOY CON PIO DE 22 MMHG OD.

TIENE PENDIENTE CX DE VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

DIABETICO HACE 17 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE CON HEMOGLOBINA GLICOSILADA DE 7.6% DE MAYO/2020

OCT DE MACULA 18/JUNIO/2020
- SEVERA OPACIDAD DE MEDIOS OD
- SEVERO EDEMA MACULAR DIABETICO CLIICAMENTE SIGNIFICATIVO Y QUISTICO OD

ANGIOGRAFIA 18/JUNIO/2020:

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

-RETINOPATIA HIPERTENSIVA AO
-RETINOPATIA DIABETICA PRILIFERATIVA OJO DERECHO
-EDEMA MACULA DIFUSO AMBOS OJOS
-RETINOPATIA DIABETICA SEVERA NO PROLIFERATIVA OJO IZQUIERDO

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, LENTE SUBLUXADO INFERIOR SOBRE APTICA INFERIOR SOBRE IRIS,

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 12 MMHG OI: 10 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO EXC 0.3, MÁCULA CON ABUNDANTES EXUDADOS LIPIDICOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, POLO POSTERIOR CON GRAN EXUDACION LIPIDICA, EXUDADOS BLANDOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, PERIFERIA SIN LESIONES, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

YA SE PUEDE PROGRAMAR VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

CONTINUAR CON ACETAZOLAMIDA CADA 12 HORAS DURANTE 3 DIAS
Y KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO
CONTROL E 8 DIAS MARTES 4 DE AGOSTO 2020 HORA: 2:00PM
DRA VALENZUELA

Remitido: No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Justificación Clínica:	CONTROL EN 8 DIAS

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2020/07/28 **Hora Cierre:** 13:44:48 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2020/07/24

Identificación:	CC 94432656	Fecha de Nac.:	1975/02/12
Edad:	46 Años	Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Médico Tratante:	ENFERMERIA ENFERMERIA

Filtro Quirúrgico

Ingreso: Ingresa Paciente al Area de Filtro en compañía de un adulto responsable,se entrega con ropa para cirugía, se orienta que pase al vestier, se lave las manos y la cara retirando maquillaje, joyas, moñas y demas accesorios. Se cambia y se entrega al acompañante los objetos personales. . Confirma conocimiento derechos y deberes: SI. Lateralidad Órgano: Órgano Bilateral. Hora de Ingreso: 13:15 . Tensión Arterial (Mm/Hg): 156/93 . Frecuencia Cardíaca: 89X' . Glucometría (Mg/dl): N/A . no: Si. Hora de Ultima Ingesta: 10:30 AM . Alergías (Especifique): No Presenta . Ingesta de Aspirina y Derivados: No. Laboratorios: No. Imagenes Diagnosticas: No. Marcacion del Sitio Operatorio: Si. Tipo de Pre Medicacion: N/A . Consentimiento de Cx Firmado: Si. Se canaliza: N/A. Profilaxis Antibiótica Medicamento: N/A . Gotas Administradas: OQSEINA al 0.4%, MYDRIACIL al 1%. Causa de Cancelación: N/A . Observaciones: T° 34.9 AUX. DANIELA MARMOLEJO .

Bloqueo Quirúrgico

Ingreso: Ingresa el paciente al área de bloqueo . Hora de Bloqueo: 00:00 . Saturación de Oxigeno: ( ) % . Frecuencia Cardiaca: ( ) Latidos x minuto . Soporte de Oxigeno con mascara facial: a ( ) litros por minuto . Anestesiólogo: NO .

Salas de Cirugia (Circulante)

Paciente Procedente de: Filtro. Ingresa a la sala de Cirugia: 3. Hora de Ingreso: 14+00 . Frecuencia Cardiaca: 71 . Tensión Arterial (Mm/Hg): 133/95 . Saturación de Oxigeno: 100 . Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Verificacion del sitio quirurgico: Si. Laboratorios o Ayudas Diagnosticas: No. Lista de Chequeo en Voz Alta: Si. Asepsia del Area Operatoria: ISODINE SOLUCION. Area Quirurgica preparada por: JUAN DANIEL CASTRO. Tipo de Anestesia: Local. Hora de Induccion: 14+00 . Insumo Utilizado Via Aerea: CANULA NASAL. Inicio de Cirugia: 14+00 . Fin de Cirugia: 14+10 . Descripción del Procedimiento: INYECCION INTRAVITREA BILATERAL . Cirujano: DRA. VALENZUELA . Anestesiólogo: NO . Instrumentador: VIVIANA GALAN . Oclusión Ocular: Si. Lubricacion ocular con viscotears: Si. Patologias identificadas: No. Cultivos: No. Liquidos Endovenosos: NO. Herida Quirurgica: LIMPIA Y SECA. Conteo Final del Instrumento completo: Si. Observaciones: RECUENTOS COMPLETOS/JDCL .

Recuperación

Hora de Ingreso: 14:15 . Herida Quirurgica: Apósito. Seguimiento Post-Operatorio: Dolor. Tensión Arterial (Mm/Hg): 135/ . Frecuencia Cardíaca: 85 . Saturación de Oxigeno: (99) % .

Observaciones de Recuperacion

Se entrega al Paciente: Historia Clinica, Folleto de Cuidados PostQuirurgicos. Hora de Egreso: 15:00 . Observaciones Recuperacion: Acompañante recibe indicaciones y firma a conformidad lista de chequeo egreso seguro. Recuperadora: Marisela Mina.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2020/07/24

Firma del Médico	Registro Médico
ENFERMERIA ENFERMERIA	Especialidad: ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA
C.C: 38554138	

Profesional Origen: ANDRES FELIPE LUGO **Profesional Modifica:** MARISELA MINA
Fecha Cierre: 2020/07/24 **Hora Cierre:** 15:50:22 **Profesional Cierre:** ENFERMERIA ENFERMERIA **Esp:** ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA **Registro:**

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2020/07/24

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

DESCRIPCION QUIRUGICA

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Diagnóstico Prequirúrgico:	RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Procedimiento Programado::	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
Lateralidad Órgano:	Órgano Bilateral
Descripción Quirúrgica:	INYECCION INTRAVITREA CON AFLIBERCEPT REVIA ASEPSIA + ANTISEPSIA CON YODOPOVIDONA SE COLOCA BLEFAROSTATO SE REALIZA APLICACION DE 0,5ML DE EYLIA A 3 MM DEL LIMBO CON AGUJA 30 SE VERIFICA PERCEPCION DE LUZ SIN COMPLICACIONES SE REPITE PROCEDIMIENTO EN OJO CONTRALATERAL
Condición Post-Operatorio:	BUENO
Anestesiólogo:	NO
Anestesia:	LOCAL
Riesgo:	2
Ayudante:	NO
Procedimiento Realizado 1::	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
Tejidos Enviados a Patología:	NO

CONDUCTA

Conducta:	CONTROL MARTES 1PM FORMULA LLAMAR CALL CENTER 4862034 1. CIPROFLOXACINA (SOPHIXIN) COLIRIO OFTALMICO # 1. APLICAR UNA GOTA CADA 3H EN OJO OPERADO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA
Y ALEGRÍA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2020/07/24

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL

Fecha Cierre: 2020/07/24 **Hora Cierre:** 14:04:30 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

24 Julio 2020.

Lista chequeo egreso de usuarios

Clínica Visual & Auditiva

Nombre usuario: Manuel Hernandez

Se entrega al familiar o al usuario:

- O Formula Medica
- O Incapacidad
- O ~~Copia de~~ Nota Operatoria
- O Muestra o patología
- O Rotulo de patología corresponde con el paciente indicado
- O Familiar del usuario revisa datos del rotulo de patología y confirma veracidad
- O Anexo 3 en caso de entrega de patología al usuario
- O Patología queda bajo custodia de la clínica Visual y Auditiva
- O Folleto con recomendaciones medicas y signos y síntomas de alarma
- O ~~Fecha~~ de cita de control 28-Julio-20 13:40
- O Ayudas diagnosticas:

  _____
- O Resultados exámenes de laboratorio
- O ~~Paz y Salvo~~

El ario sale del área de cirugía:

- O ~~En compañía del familiar~~
- O ~~En silla de ruedas~~
- O En brazos de los padres
- O En camilla
- O Remitido a otra institución



Observaciones:

TA= 135/85

Fc= 85 x1

Nombre Auxiliar Enf Julieta Pico Orozco

Firma del Usuario o familiar responsable:

Julieta Pico Orozco

PROGRAMACIÓN SEGURA

Clínica Visual & Auditiva

Manuel Desiderio Hernandez

NOMBRE DEL PACIENTE

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS Um

- O Validar plataforma
- O Autorizaciones
- O Documentación (H.C, Consent. Inf, Copia cedula, ctc, mipres, anexo 3)
- O Insumo especial Aflibercept - Medex
- O Observaciones y Recomendaciones _____

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Um

- O Programación del procedimiento en Servinte
- O Insumo especial Aflibercept - Medex
- O Se envía correo a almacén de cirugía
- O Observaciones y Recomendaciones _____

CONFIRMACIÓN _____

- O Observaciones Servinte
- O Insumo especial y/o lentes _____
- O Se confirma cirugía vía telefónica _____

PRE-QUIRÚRGICA _____

- O Validar Consentimiento Informado diligenciado
- O Revisar (HC, Biometría, insumos, Exámenes)
- O Revisar fecha de cirugía frente a orden
- O Informar a programación de cancelación de usuario
- O Imprimir HC de Anestesia

FILTRO Ana Milena Cano

- O Revisar Historia Clínica completa
- O Pasar HC a almacén por insumo especial

ALMACÉN _____

- O Insumo especial en Físico
- O Tipo de Insumo _____
- O Observaciones _____

OK MO

23-07-20

Samuel González García
C.C. 1
Regente
Tecnólogo en Regencia de Farmacia

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CALI : Calle 5 B2 No. 37A - 50
PBX: 514 02 33 / 18. Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co

ISO 9001 icontec Código No. 2592-1

13

NOTAS DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

HISTORIA CLÍNICA No. 94432656

DÍA	MES	AÑO
24	09	20

NOMBRE PTE	Manuel Desiderio
APELLIDOS	Hernandez Rios
CAMILLA	Sala #3
CIRUGÍA REALIZADA	Inyeccion Intravitrea Bilateral

Inicio 4:00
Fin: 4:10

LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

	SI	NO	OBSERVACIONES:
CARGA LOTE	—		
ECHA DE ESTERILIZACIÓN	—		
EMPAQUE DE PAQUETE	—		
INTEGRIDAD DE PAQUETE	—		
CONDICIÓN INSTRUMENTAL ACEPTABLE	—		
NOMBRE DE RESPONSABLE	Viviana Galan		

DESCRIPCIÓN	CARGA SI	CARGA NO	LOTE SI	LOTE NO	EMPAQUE

CONTROL DE INDICADOR QUÍMICO Y DE EXPOSICIÓN

INDICADOR DE PAQUETE DESECHABLE		INDICADOR INSTRUMENTAL	
INDICADOR DE VAPOR		INDICADOR DE PLASMA	
INDICADOR E.T.O			

Viviana Galan
Nombre Instrumentador Responsable
Firma

CONTEO DE MATERIA DE CURACIÓN Y ELEMENTOS CORTOPUNZANTES

ELEMENTOS DEL CONTEO	CONTEO INICIAL	ELEMENTOS ADICIONALES	CONTEO FINAL	CORRECTO	INCORRECTO	NOMBRE
GASAS						
MECHAS						
TORUNDAS						
ALGODONES						
COTONOIDES						
AGUJAS	2	—	2	✓		UGC
HOJAS DE BISTURÍ						
HILADILLAS						
ESCLEROTOMO						

EN CASO DE TAPONAMIENTO

No. GASAS	No. MECHAS	UBICACIÓN

EQUIPOS

NOMBRE	COMPLETO	INCOMPLETO	
Bisturí			

MUESTRAS TOMADAS

PATOLOGÍA	CULTIVOS

IMPRESO POR: LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S Código P000598

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

Carrera 38 No. 5B1-39 - PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
CALI - COLOMBIA

ISO 9001
icontec
Código No. 2592-1

12

Nombre: Manuel Acevedo

Documento de Identidad: 94.432.656 Fecha: 24/07/20

LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD QUIRUGICA DE LOS PACIENTES

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

☑ El paciente ha confirmado:
- Su identidad
- El lugar del cuerpo
- La operación
- Su consentimiento

☑ Marca en el lugar del cuerpo AO

☑ Si
☐ No

Firma Aux. Filtro: [signature]

☐ Verificar identidad paciente
☐ Verificar el lugar del cuerpo
☐ El pulsoxímetro esta puesto en el paciente y funcionando.

Firma Aux. Bloqueo: _____

VoBo Jefe de área _____

Tiene el paciente alguna alergia conocida?

☐ Si
☐ No
☐ Verificar que los equipos y la medicación anestésica estén completos

Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración?

☐ Si
☐ No

Firma Anestesiólogo _____

ANTES DE LA INSICION CUTANEA

PAUSA

☑ Confirmar que todo el personal se ha identificado por su nombre y función.

☑ El cirujano confirma
- ☐ Identidad del paciente
- ☐ El lugar del cuerpo
- ☐ La operación

Administración de profilaxis Antibiótica:
☑ Si
☐ No

Imágenes Diagnosticas
☑ Si
☐ No

Presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación.
☑ Si
☐ No

Firma Cirujano: [signature]

Se ha confirmado la esterilidad del equipo e instrumentos?

☑ Si
☐ No
☑ Verificar que los equipos y el material están completos

Firma Instrumentadora: [signature]

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

SALIDA

La auxiliar confirma verbalmente con el personal

☑ Nombre de la operación registrada

Rotulación de muestras
☑ Si
☐ No aplica

☑ Si
☐ No Los recuentos de los Instrumentos, e insumos son completos

Firma Auxillar Sala: [signature]

Firma Instrumentadora: [signature]

Ayuno: 10:30 a.
Qx: (10:30 a) 12:39 p
TA 156/93
FC 89x'
T: 34,9 °C

IMPRESO POR: LITOGRAFÍA STAR SERVICE Cód P000354

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto Para Niños Ciegos y Sordos Del Valle Del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

(Otorgado en desarrollo de la Ley 1981 y sus modificaciones)

Seguridad

A. Fecha: Julio 24/2020 Hora: 12:30 a.m. ☐ p.m. ☒

B. Nombre del Paciente: Manuel Hernández Ríos

C. H. C ó Reg. No. CC 94432656 Cali

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor _____ para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento: _____

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento, también me han aclarado todas las dudas, igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que se requiera anestesia esta sea aplicada por parte de un medico anestesiólogo escogido por el médico o por el centro y lo autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que consideren mas aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente los posibles riesgos mas importantes para la realización de esta cirugía:

4. **Generales:** Infección: ____ Sangrado: ____ Reacción a Anestesia: ____

Oftalmológicas: Perdida visual parcial o total _____ Hipo o Hipercorrección Muscular: _____ Hemorragia expulsiva: _____ Desprendimiento de Retina: _____ Edema de la Macula: _____ Visión Doble: _____ Opacidad Corneal: _____ Glaucoma: _____ Ruptura Capsular: _____ Reacomodación del Lente: _____ Uveítis: _____ Daño en el Iris: _____ Otros: _____

Otorrinolaringológicas: Lesión de Nervio parcial o total: _____ Fistula con salida de liquido cerebral: _____ Daño de tejido cerebral: _____ Persistencia de tabique desviado, deformidad, o perforación: _____ Cambios en mi voz: _____ Otros: _____

5. El Doctor queda autorizado para ordenar disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destino de exámenes anatomo patológicos.

6. En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones _____ (si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: _____

IMPRESO POR: LITOGRAFÍA STAR SERVICE S.A.S. Código P000622

7.Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: _____ Testigo: Julieta Prosonito

C.C Nº 94432656 Cali C.C Nº 31216968

E. Declaraciones y Firmas:

1.Medico (s) responsable (s): He informado al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____

Documento de Identidad: _____ Fecha: _____

2.Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma Familiares: _____ Parentesco: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

NOTA: En caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
Haciendo Luz en la Sombra y Palabra en el Silencio

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONTINGENCIA COVID-19

Clínica Visual & Auditiva

Teniendo en cuenta la actual situación mundial en lo referente a la pandemia por el virus COVID-19, actualmente, el País se encuentra en situación de aislamiento social permanente, ordenado por el Gobierno Nacional (Decreto 531 de 2020), debido a la alta probabilidad de contagio por contacto con personas infectadas.

Considerando lo anterior, yo, Manuel Hernández Ríos identificado con cédula de ciudadanía No. 94432656 Cali, expongo que acudo, como paciente o acudiente mayor de edad responsable, de manera libre, voluntaria y consciente, al Instituto para Niños Ciegos y Sordos, para atención en salud con el (la) Doctor (a) _____; de igual manera, si se llegase a requerir, a la posterior toma de ayudas diagnósticas, realización de procedimiento quirúrgico o láser y acto anestésico. Declaro que se me ha informado todo lo relacionado con la situación actual de contingencia secundaria a la pandemia generada por el contagio con COVID – 19 de manera amplia, clara y suficiente, y que he entendido, no sólo que, se han utilizado elementos de protección personal (EPP) por parte del profesional (médico) tratante, su asistente y todos los colaboradores de la Clínica Visual y Auditiva del Instituto para Niños Ciegos y Sordos, con el fin de prevenir cualquier tipo de contagio cruzado sin que esto limite la calidad en la atención médica prestada, sino también, de las razones y del uso de las medidas de Bioseguridad en general y mi conexa responsabilidad para advertir el potencial contagio por COVID – 19 y de la posibilidad de ser contagiado (a) por este virus durante mi traslado al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, durante mi atención (en consultorios, salas de cirugía, áreas de ayudas diagnósticas, salas de espera) y al regreso a mi hogar, por lo tanto, **ACEPTO y ASUMO POR COMPLETO** y de manera autónoma, consciente y libre, el riesgo que genero de un posible contagio a mí, a mi familia y al personal de atención, así como las consecuencias del mismo (en caso de estar infectado (a) existe la posibilidad de muerte en el posoperatorio de hasta un 20 a 30%). De igual manera me comprometo a seguir al pie de la letra, todas las recomendaciones e instrucciones de bioseguridad suministradas por el personal de atención de la clínica, impartidas por vía telefónica y presencial, antes, durante y posterior a mi atención médica. Adicionalmente, declaro que se me ha preguntado sobre síntomas respiratorios, contacto con personas sospechosas o positivas para COVID – 19, por medio de una encuesta física establecida por el Instituto para Niños Ciegos y Sordos, que de manera libre y voluntaria, he decidido asumir el riesgo de contagio por COVID – 19 y que libero al profesional que me presta sus servicios en salud, al personal de la Institución y al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, de cualquier efecto legal relacionado con un potencial contagio, consecuencias del mismo durante y después de cualquier procedimiento y acto anestésico y el posible contagio de mi familia por COVID - 19.

Para constancia, se firma en Santiago de Cali, a los 24 días del mes de 07 de 2020.

Manuel Hernández R

Firma del paciente.

Firma del acudiente responsable – mayor de edad (si aplica).

94432656 Cali

Numero de documento de identidad.

Clínica Visual & Auditiva

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel Hernández **Nº DOCUMENTO** 94432656

EDAD 45 **SERVICIO AL QUE ASISTE** _____ **FECHA** _____

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal *(Moco)* en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuarentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

Yo, Manuel Hernández Ríos certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la Institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la Institución puede desistir de brindarme el servicio.

Firma Paciente o Responsable
94432656

Realizada PRESENCIAL [X] TELEFÓNICA [ ] Responsable _____

Clínica Visuel & Auditive

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

03 11 227.

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel Desiderio Hernandez **Nº DOCUMENTO** 94432656

EDAD 45. **SERVICIO AL QUE ASISTE** Aplicación de Medicamento **FECHA** JULIO 3 de 2020.

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal *(Moco)* en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuarentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

Yo, x Manuel Hernández certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la Institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la Institución puede desistir de brindarme el servicio.

x Manuel Desiderio R

Firma Paciente o Responsable 94432656

manuelhernandezrios@gmail.com
3192408371

Realizada PRESENCIAL [X] TELEFÓNICA [ ] Responsable Luz Marina Rios

	CLINICA VISUAL Y AUDITIVA INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA NIT. 890.303.395-4	Fecha Cotizacion
Clínica Visual & Auditiva		03-jul-2020
	Formato: Cotizaciones o Paquetes	

[x] Cotización [ ] Paquete

1. Información Entidad Responsable de pago

Nit: Entidad: COOMEVA PGP

2. Información Basica del Paciente

Identificación 94432656 Fecha Nacimiento 12/02/1975 Edad 45

Nombre(s) y Apellido(s) MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS

Dirección Telefono 3053976658

[x] INSUMO

[ ] PROCEDIMIENTO LENTE IQ

3. Liquidación

Cantidad	Detalle	VR UNITARIO	VR TOTAL
1	LENTYE IQ		$ 850,000
Valor total de la cotización o paquete			**$ 850,000**

4. Observaciones

Cotización valida por 60 días a partir de la fecha de expedicion de la cotización, El valor cotizado es una aproximación, en caso de existir algún excedente debe ser cancelado por el paciente o la entidad, quienes respectivamente aceptan por medio de este documento dicha obligacion. Se excluye todo tipo de complicaciones. Los medicamentos, insumos y materiales se cotiza a un valor aproximado, puede aumentar o disminuir según el consumo y/o la TRM del Dolar.

5. Condiciones de pago

[x] **Pago Anticipado.** El valor cotizado debe ser depositado al momento del ingreso en la caja principal, el pago puede realizarse con cheque, tarjetas o en efectivo.

[ ] **Crédito.** Favor consignar en al cuenta Empresarial de bancolombia No.**30116** a nombre del Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Elaborado: *Jaime Bonilla*

Programación Cirugía

5140233

Fecha de Impresión: 2020/07/03

Valenzuela

Bancos Herramientas

Cooeps siglo XXI v2

Afiliado: Datos principales

Usuario:Ins Niños Ciegos Y Sordos

Perfil Actual:IPS

Oficina:

Buscador

Afiliado

Identificación

Cc 94432656

Consultar

Preafiliaciones

Servicios en línea

ATENTOS

CITILOS

EDUA

AYUDA

CENTICAMARA

INFORMACION PRINCIPAL

Identificación	CC - 94432656	Estado	Activo
Nombre	Manuel Desiderio Hernandez Rios	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	12/02/1975	Edad	45
Parentesco	Cabeza De Familia	Oficina	Cali
Dirección	Bultrera Km7 Via El Rosario Case 6	Teléfono Residencia	7434314
Ciudad Residencia	Santiago De Cali (Valle)	Teléfono Móvil	3053976658
Inicio Vigencia	02/12/2018	Fecha Radicación	02/11/2018
Tipo Afiliado	Cotizante	Tipo Afiliación	Reingreso Al Sistema
IPS Médica	Viva-1a - 80	IPS Odontológica	Rio Ips - P P R
Fecha Probable Inicio POS	02/12/2018	Fecha Ingreso SGSS	27/10/1999
Pariente del	Principal	Rango Salarial	1
Responsable de pago		Protección Laboral	
Fecha Retiro		Semanas Cotizadas	907
AFP	Porvenir	Cod.Interno	1010000794620
Grupo Poblacional	Ninguno De Los Anteriores	Grupo Etnico	Ninguno
Nivel Educativo	Universitaria Profesional	Estado Civil	Soltero
Discapacidad	No Calificado	Motivo Novedad	
Régimen	Contributivo	Nivel sisben	No tiene encuesta
Correo Electronico	manuelhernandezrios@gmail.com	Vivanto	No
Ind. Excepción			
Acepta Politica Trat. Datos	Sin Información	Reclamo en Trámite	NO

Se autoriza prestar el servicio médico y odontológico en la IPS asignada al afiliado

Recuerde Verificar y Actualizar la Dirección, Teléfono y Ciudad

Diabetico

© COOMEVA EPS

3192408371

3053976658

3007410153

CX 24 de Julio

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 890.303.395-4
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
03 JUL 2020
RECIBIDO

SIP IMBANACO



Archivo | Agenda de Servicios | Autorizaciones | Historia Clinica | Afiliados | Caja | Administración de Tutelas | Gestion del riesgo | Autorizaciones | Recobros | Gestion De Pagos | Administrativo

Orden de Servicio

Ordenamiento: 3721144 Orden de servicio: 1

Información Afiliado

Identificación:	CC-94432656	Nombre:	Manuel Desiderio Hernandez Rios	Rango:	Rango 1 (estrato 1)	Edad:	45 Años
Genero:	M	Semanas cotizadas:	907	Plan adicional:		Tipo:	Cotizante
Tipo contrato:	Dependiente	I.P.S. afiliado:		Viva 1a - 80		Régimen:	Contributivo
Plan Complementario:							

Datos de la orden

Fecha:	02/07/2020	Ciudad:	Santiago De Cali	Tipo:	Medicamentos
Finalidad:	Enfermedad General	Id ordenador:	NIT-890303395	Nombre ordenador:	Instituto Para Niños Ciegos Y Sordos Del Valle Del Cauca
Estado:	Aprobada	Contratación:	Evento	Pagador:	Eps
Usuario genero:	Florencia Salguero Reyes	Diagnóstico 1:	H360	Diagnóstico 2:	
Oficina:	Cali	Usuario auditor:			
Nivel Auditoria:	Back 2	Fecha Respuesta:	09/07/2020		
Justificación:					
Ejecutada:	No				

Servicios Solicitados

Realizado	Tipo de Recobro	Código	Nombre Invima / Descripción	Cantidad	Posología y Vía de Administración	Dias	Valor	Cuota Moderadora
S	Presupuesto Maximo No Pbs	S01LA05	Eylia ® Solución Para Inyección Intravítrea / Aflibercept Solucion Inyectable 2 Mg (cod 26039 - Bayer)	2	2 miligramo(s) Cada 1 Dia(s) EN AMBOS OJOS PRIORITARIO	1	5836862	3400

Total Cuota Moderadora	3400
Periodos Carentes	0
Total a pagar afiliado	**3400**
Valor a pagar a la IPS	5833462

Información del prestador

Identificación: NIT-805030765 Nombre: Medicamentos Especializados S.a. Medex

Dirección: Red De Dispensacion De Cada Municipio Teléfono: [redacted] Ext 130 Ciudad: Santiago De Cali

Observaciones - Editar

Solicitud Nopos: 4601117 - 3536180
Ppio Act: Aflibercept
Resp: 1
Entrega: 1/

Anular | Imprimir Autorización | Imprimir Comprobante | Formula Medica

© 2003 Ciklos.com.co Todos los Derechos Reservados

4850312
Tel. medex.

Cra 40 # 6-50.
Edificio la Plazoela.

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2020-06-30 15:12:48
Nro. Prescripción
20200630153020227175

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:	Municipio:	Código Habilitación:
VALLE DEL CAUCA	CALI	760010520501

Documento de Identificación:	Nombre Prestador de Servicios de Salud:
890303395	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Dirección:	**Teléfono:**
KR 38 NO 5B1 - 39	925140233

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
CC94432656	HERNANDEZ	RIOS	MANUEL	DESIDERIO

Número Historia Clínica:	Diagnóstico Principal:	Usuario Régimen:	Ambito atención:
94432656	H360 RETINOPATIA DIABETICA	CONTRIBUTIVO	AMBULATORIO - PRIORIZADO

MEDICAMENTOS

Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
UNICA	[AFLIBERCEPT] 40MG/1ML / OTRAS SOLUCIONES	2 MILIGRAMO(S)	INTRAOCULAR	1 DÍA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	1 DÍA(S)	EN AMBOS OJOS PRIORITARIO	2 / DOS / AMPOLLA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:	Nombre:
CC52962712	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Registro Profesional:	**Firma**
52962712	
Especialidad:	**CodVer:**
	8DC5-8120-9820-[illegible]FF6-5498

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018,Art. 13. Numeral 5.

CLÍNICA VISUAL Y AUDITIVA
Valenzuela
Oftalmólogo
Retina y Vitreo
R.M. 251079
NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto Para Niños Ciegos y Sordos Del Valle Del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

(Otorgado en desarrollo de la Ley 1981 y sus modificaciones)

Seguridad

A. Fecha: 30 - 06 - 2020 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: Yamel Desiderio Hernandez.

C. H. C ó Reg. No. _____

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor _____ para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento: Vpp + Extraccion de Cio + Endolaser + GAS + Implante de Cio Acrisof Invertido OD.

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento, también me han aclarado todas las dudas, igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que se requiera anestesia esta sea aplicada por parte de un medico anestesiólogo escogido por el médico o por el centro y lo autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que consideren mas aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente los posibles riesgos mas importantes para la realización de esta cirugía:

4. **Generales:** Infección: ___ Sangrado: ___ Reacción a Anestesia: ___

Oftalmológicas: Perdida visual parcial o total ___ Hipo o Hipercorrección Muscular: ___ Hemorragia expulsiva: ___ Desprendimiento de Retina: ___ Edema de la Macula: ___ Visión Doble: ___ Opácidad Corneal: ___ Glaucoma: ___ Ruptura Capsular: ___ Reacomodación del Lente: ___ Uveítis: ___ Daño en el Iris: ___ Otros: _____

Otorrinolaringológicas: Lesión de Nervio parcial o total: _____ Fistula con salida de liquido cerebral: _____ Daño de tejido cerebral: _____ Persistencia de tabique desviado, deformidad, o perforación: _____ Cambios en mi voz: _____ Otros: _____

5. El Doctor queda autorizado para ordenar disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destino de exámenes anatomo patológicos.

6. En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones _____ (si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: _____

IMPRESO POR: LITOGRAFÍA STAR SERVICE S.A.S Código P000622

7.Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: _____ Testigo: _____

C.C Nº 94432656 Cali C.C Nº 31216968

E. Declaraciones y Firmas:

1.Medico (s) responsable (s): He informado al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____

Derly Jackeline Valenzuela Oftalmóloga Retina y Vítreo R.M. 25109

Documento de Identidad _____ Fecha: _____

2.Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma Familiares: _____ Parentesco: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

NOTA: En caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 30/06/2020

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	12/02/1975	Edad:	45 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	CONTRIBUTIVO - COTIZANTE
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad profesional
Tipo de Dx:	Confirmado nuevo
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR QUE SE BENEFICIA DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS **PRIORITARIA** POSTERIOR A ESTO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + UMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.
Remitido:	No

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
28 ENE 2020
AUDITORÍA MEDICA
Firma:

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Procedimiento 1:	147401 VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES (136)
Cantidad:	1
Procedimiento 2:	138101 EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CÁMARA ANTERIOR O POSTERIOR
Procedimiento 3:	147403 VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA
Cantidad:	1
Procedimiento 4:	129303 INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO EN CÁMARA POSTERIOR
Cantidad:	1

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 30/06/2020

Procedimiento 5:	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA Ya Sehizo.
Cantidad:	2
Examen 1:	952000 BIOMETRIA OCULAR SOD
Cantidad:	1
Examen 2:	902207 HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL
Cantidad:	1
Examen 3:	903825 CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS **PRIORITARIA**

POSTERIOR A ESTO
VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

PARACLINICOS
BIOMETRIA OJO DERECHO

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA — Derly Jackeline Valenzuela — Oftalmólogo Retina y Vitreo — RM 251079 — INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
C.C: 52962712

Registro Médico
251079/2009
Especialidad
OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 30/06/2020 **Hora Cierre:** 15:14:19 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y VIVIR ARTE EN EL SILENCIO

NOTA DE ANGIOGRAFIA

Fecha de Apertura: 2020/06/18

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO
1975/02/12
kilometro 7 via al rosario casa 13
3053976658

CC 94432656
46 Años
LA BUITRERA
COOMEVA EPS PGP CALI
SUBSIDIADO

LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO

Nota de Angiografia	
Hora de Ingreso:	02:35 PM
Tensión Arterial (Mm/Hg):	134/92
Frecuencia Cardíaca:	77
cuencia Respiratoria:	18
Saturación de Oxigeno:	(99) %
Temperatura (Grados):	36 GRADO
Alergias (Especifique):	NIEGA
Lateralidad Órgano:	Órgano Bilateral
Notas de Enfermería:	NOTA DE INGRESO INGRESA AL SERVICIO DE ANGIOGRAFÍA PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD, DESPIERTO, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA , HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE LE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR, SE LLENA ENTREVISTA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DE PACIENTE. SE ADMINISTRA MYDRIACYL 1% SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTERIL EN AMBOS OJOS, SE CANALIZA ACCESO VENOSO EN MSD CON INTROCAN #20 MAS TH CON TECNICA ASEPTICA, QUEDA PERMEABLE Y SIN SIGNOS DE FLEBITIS, SE ADMINISTRA MEDIO DE CONTRASTE: FLUORESCEINA SODICA SOLUCION 10% 2.5 CC I.V, DURANTE EL EXAMEN EL PACIENTE SE MANTIENE COLABORADOR, TRANQUILO, SIN PRESENTAR NINGUNA REACCION ALERGICA NI COMPLICACIONES. NOTA DE EGRESO EGRESA PACIENTE DEL SERVICIO DE ANGIOGRAFÍA, DESPIERTO, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, , HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE RETIRA ACCESO VENOSO, QUEDA SIN SIGNOS DE FLEBITIS, SE TOMAN SIGNOS VITALES TA:134/92 FC: 77 FR:18 SO2: 99% T:36° , SE LE DA FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
Medicamentos Administrados:	MYDRIACYL 1% SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTERIL - FLUORESCEINA SODICA SOLUCIÓN 10% 2.5 CC I.V
Examen 1:	951203 ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y OÍDO ATENTO AL SILENCIO

NOTA DE ANGIOGRAFIA

Fecha de Apertura: 2020/06/18

Firma del Médico	Registro Médico
LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO	**Especialidad** ANGIOGRAFIA
C.C: 1	

Profesional Origen: LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO **Profesional Modifica:** LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO
Fecha Cierre: 2020/06/18 **Hora Cierre:** 16:35:18 **Profesional Cierre:** LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO **Esp:** ANGIOGRAFIA **Registro:**

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
Buscamos Luz en la Sombra y Palabra en el Silencio

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONTINGENCIA COVID-19

Clínica Visual & Auditiva

Teniendo en cuenta la actual situación mundial en lo referente a la pandemia por el virus COVID-19, actualmente, el País se encuentra en situación de aislamiento social permanente, ordenado por el Gobierno Nacional (Decreto 531 de 2020), debido a la alta probabilidad de contagio por contacto con personas infectadas.

Considerando lo anterior, yo, L Manuel D. Hernandez R identificado con cédula de ciudadanía No. L 94432656, expongo que acudo, como paciente o acudiente mayor de edad responsable, de manera libre, voluntaria y consciente, al Instituto para Niños Ciegos y Sordos, para atención en salud con el (la) Doctor (a) _____; de igual manera, si se llegase a requerir, a la posterior toma de ayudas diagnósticas, realización de procedimiento quirúrgico o láser y acto anestésico. Declaro que se me ha informado todo lo relacionado con la situación actual de contingencia secundaria a la pandemia generada por el contagio con COVID – 19 de manera amplia, clara y suficiente, y que he entendido, no sólo que, se han utilizado elementos de protección personal (EPP) por parte del profesional (médico) tratante, su asistente y todos los colaboradores de la Clínica Visual y Auditiva del Instituto para Niños Ciegos y Sordos, con el fin de prevenir cualquier tipo de contagio cruzado sin que esto limite la calidad en la atención médica prestada, sino también, de las razones y del uso de las medidas de Bioseguridad en general y mi conexa responsabilidad para advertir el potencial contagio por COVID – 19 y de la posibilidad de ser contagiado (a) por este virus durante mi traslado al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, durante mi atención (en consultorios, salas de cirugía, áreas de ayudas diagnósticas, salas de espera) y al regreso a mi hogar, por lo tanto, **ACEPTO y ASUMO POR COMPLETO y de manera autónoma, consciente y libre, el riesgo que genero de un posible contagio a mí, a mi familia y al personal de atención, así como las consecuencias del mismo** (en caso de estar infectado (a) existe la posibilidad de muerte en el posoperatorio de hasta un 20 a 30%). De igual manera me comprometo a seguir al pie de la letra, todas las recomendaciones e instrucciones de bioseguridad suministradas por el personal de atención de la clínica, impartidas por vía telefónica y presencial, antes, durante y posterior a mi atención médica. Adicionalmente, declaro que se me ha preguntado sobre síntomas respiratorios, contacto con personas sospechosas o positivas para COVID – 19, por medio de una encuesta física establecida por el Instituto para Niños Ciegos y Sordos, que de manera libre y voluntaria, he decidido asumir el riesgo de contagio por COVID – 19 y que libero al profesional que me presta sus servicios en salud, al personal de la Institución y al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, de cualquier efecto legal relacionado con un potencial contagio, consecuencias del mismo durante y después de cualquier procedimiento y acto anestésico y el posible contagio de mi familia por COVID - 19.

Para constancia, se firma en Santiago de Cali, a los 28 días del mes de 05. de 2020.

L Manuel D. Hernandez R
Firma del paciente.

L 94432656 Cali
Numero de documento de identidad.

L Julieta Rios Orozco
Firma del acudiente responsable – mayor de edad (si aplica).

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/05/12

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	HAROLD ALVARADO RUIZ		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

PYP DIABETES
OPERADO DE CATARATA EN AO CON LIO
REFIERE PERDIDA DE VUISION OD HACE 7 MESES SE ENCONTROL LIO LUXADO AL VITREO (LIO IMPLANTADO HACE 17 AÑOS)

ANT DIABETES
QX PSEUDOFAQUIA AO
ALERGIAS .-
FAMILIARES .-

Observaciones Plan de Evolución:

AV OD MM OI 20/60 S/C

BIO OD PSEUDOFAQUIA CON KLIO LUXADO Y EN GANCHADO EN LA PUPILA
OI PSEUDOFAQUIA OK
TONOP BDG NORMAL
FO RETINA APLICADA CON HEMORAGIAS EN LLAMA EXUDADOS EN POLO POST Y SOBRE LAS ARACADAS VASCULARES COMPATIBLE CON RETINIOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA MODERADA AO

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado nuevo
Dx:	Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Conducta:	PACIENTE CO LUXACION DE LIO EN OD EN GANCHADO EN IRIS

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/05/12

RETINO0PATIA DIABETICA NO PROKLIFERATIVA

SE INDICA ANGIOGRAFIA AO

VALORACION M,ANEJO RETINOLOGO POR LIO LUXADO

Remitido: No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Examen 1:	951200 ANGIORRETINOFLUORESCEINOGRAFIA SOD
Cantidad:	2
Examen 2:	890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	VALORACION MANEJO RETINOLOGO REACOMODACIO DE LIO (SUTURA) Y LASER RETINA POR RBN P

Firma del Médico	Registro Médico
	76-2737
	Especialidad
HAROLD ALVARADO RUIZ	OFTALMOLOGIA
C.C: 16723988	

Profesional Origen: HAROLD ALVARADO RUIZ **Profesional Modifica:** HAROLD ALVARADO RUIZ

Fecha Cierre: 2020/05/12 **Hora Cierre:** 11:02:07 **Profesional Cierre:** HAROLD ALVARADO RUIZ **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 76-2737

OD
ojo derecho
Afáquica

LS900 T-Cone 2/10/2019 - 1

AL [mm]	25,19	R1[mm/D/°]	8,10 / 41,68 @ 22
CCT [µm]	619	R2[mm/D/°]	7,95 / 42,46 @ 112
AD [mm]		R [mm/D]	8,02 / 42,07
ACD [mm]		+AST [D/°]	0,78 @ 112
LT [mm]		n []	1,3375
		WTW [mm]	12,60

Refracción objetivo: 0,00 *Plantilla: DR. MEDINA SRKT*

Sensar AR40e
AMO

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,53
17,00	0,19
17,50	**-0,15**
18,00	-0,50
18,50	-0,85

SRK/T
A=118,70

CZ70BD FIJACION ESCLERA
Alcon

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,80
17,00	0,47
17,50	**0,13**
18,00	-0,20
18,50	-0,54

SRK/T
A=119,14

SEELENS AF
Hanita

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,59
17,00	0,25
17,50	**-0,09**
18,00	-0,43
18,50	-0,78

SRK/T
A=118,80

SEELENS MF
Hanita

LIO [D]	Ojo [D]
16,00	0,81
16,50	0,47
17,00	**0,12**
17,50	-0,22
18,00	-0,57

SRK/T
A=118,60

COC118.0
COCSA

LIO [D]	Ojo [D]
15,50	0,79
16,00	0,44
16,50	**0,09**
17,00	-0,26
17,50	-0,62

SRK/T
A=118,00

COC118.40
COCSA

LIO [D]	Ojo [D]
16,00	0,69
16,50	0,34
17,00	**-0,00**
17,50	-0,35
18,00	-0,71

SRK/T
A=118,40

OS
ojo izquierdo
Fáquica

No se dispone de datos de medición

AL [mm]		R1[mm/D/°]	/ @
CCT [µm]		R2[mm/D/°]	/ @
AD [mm]		R [mm/D]	/
ACD [mm]			
LT [mm]		n []	1,3375
		WTW [mm]	

Refracción objetivo: 0,00 *Plantilla: sin guardar*

clinica oftalmologica

OD
ojo derecho
Afáquica

LS900 T-Cone 2/10/2019 - 1

AL [mm]	25,19	R1[mm/D/°]	8,10 / 41,68 @ 22
CCT [µm]	619	R2[mm/D/°]	7,95 / 42,46 @ 112
AD [mm]		R [mm/D]	8,02 / 42,07
ACD [mm]		+AST [D/°]	0,78 @ 112
LT [mm]		n []	1,3375
		WTW [mm]	12,60

Refracción objetivo: 0,00

Plantilla: DR. MEDINA SRKT

AcrySof MA60AC
Alcon

LIO [D]	Ojo [D]
17,00	0,51
17,50	0,17
18,00	**-0,16**
18,50	-0,50
19,00	-0,85

SRK/T
A=119,20

SN60WF IQ
Alcon

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,71
17,00	0,38
17,50	**0,04**
18,00	-0,30
18,50	-0,64

SRK/T
A=119,00

MONOFOCAL ESFERICO
Eyecryl

LIO [D]	Ojo [D]
16,00	0,75
16,50	0,41
17,00	**0,06**
17,50	-0,29
18,00	-0,64

SRK/T
A=118,50

ReSTOR SN6AD1/3
Alcon

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,71
17,00	0,38
17,50	**0,04**
18,00	-0,30
18,50	-0,64

SRK/T
A=119,00

AQUAFOLD ASFERICO
Omni

LIO [D]	Ojo [D]
16,00	0,57
16,50	0,22
17,00	**-0,13**
17,50	-0,49
18,00	-0,85

SRK/T
A=118,20

ARTISAN AFAQUIA
Ophtec

LIO [D]	Ojo [D]
13,50	0,97
14,00	0,59
14,50	**0,20**
15,00	-0,20
15,50	-0,60

SRK/T
A=115,70

OS
ojo izquierdo
Fáquica

No se dispone de datos de medición

AL [mm]		R1[mm/D/°]	/ @
CCT [µm]		R2[mm/D/°]	/ @
AD [mm]		R [mm/D]	/
ACD [mm]			
LT [mm]		n []	1,3375
		WTW [mm]	

Refracción objetivo: 0,00

Plantilla: sin guardar

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA
Y PALABRA EN EL SILENCIO

Instituto para Niños Ciegos y Sordos de Cali

UNIDAD MEDICA VISUAL Y AUDITIVA

Carrera 38 No. 5B1-39 - PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82

CALI - COLOMBIA

1

DIA	MES	AÑO
4	11	03

HISTORIA OFTALMOLOGICA

HISTORIA CLINICA No. 03 11 0227

ENTIDAD QUE LO REMITE: 29

Manuel Deuteiro Rios Alexander
NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

CAUSA DE CONSULTA: Pelo que refiere perdida progresiva de la agudeza visual AO de 1 semana de evolucion

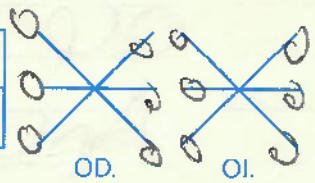
ANTECEDENTES PERSONALES: Negativo

ANTECEDENTES FAMILIARES: Abuelo DM TIO

	A.V.	S.C.	C.C.	
O.D.		20/150		REF.
O.I.		20/190		

PUPILAS

	FORMA	R.D.	R.C.	DPA.
OD.	A	H	H	
OI.	A	H	H	

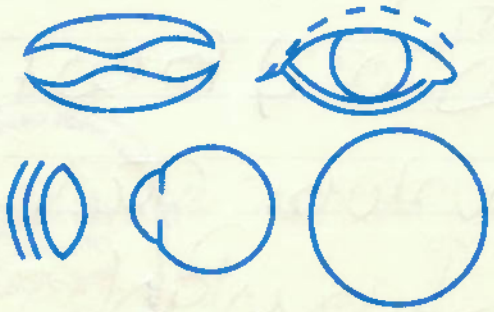


MOE: Movimientos sacadicos conjugados

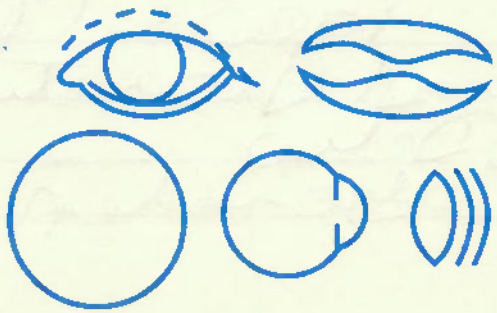
HIRSCHBERG

	QUERATOMETRIA			SCHIRMER	BUT	R.B.
OD.	X	A		/		
OI.	X	A		/		

OD.



OI.



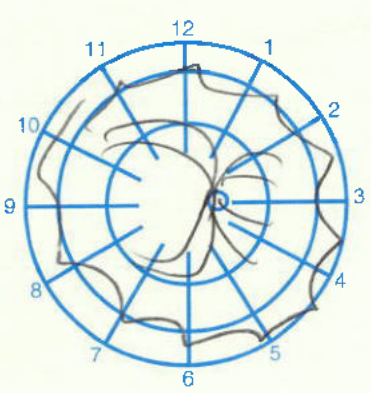
	OD.	OI.
PARPADOS		
APARATO LAGRIMAL		
CONJUNTIVA	Clara	Clara
CORNEA		
ESCLEROTICA		
CAMARA ANT.	Fondo	Fondo
IRIS		
CRISTALINO	Opaco ++	Opaco ++

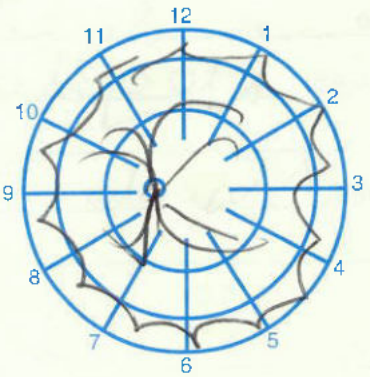
GONIOSCOPIA 0D. _____

OI. _____

PIO OD. 12 mm Hg (hrs)

OI. 12 mm Hg (hrs)





	OD.	OI.
VITREO		
PAPILA	ok	ok
MACULA		
VASOS	Aplicado	Aplicado
RETINA		

CONSULTAS Y EXAMENES SUPLEMENTARIOS: _____

DIAGNOSTICO: Catarata Senil AO
Facoemulsificación AO

TRATAMIENTO: Biometría OD-OI Facoemulsificación OD Lente Plegable Hidrofóbico (Valorar Tecnología)

Dr. Juan Pablo Sinisterra
Oftalmólogo
Reg. 762608

FIRMA

Informe de Auditoría Médica INCS

Santiago de Cali, 12 de julio de 2022.

Usuario: **Manuel Desiderio Hernandez**
Cédula: 94432656
EPS: Salud Total (retirado – Bdua) – Previamente Coomeva.

Resumen de historia clínica (HC):

Paciente atendido por primera vez en la Clínca Visual y Auditiva (CVA) del Instituto para Niños Ciegos y Sordos (INCS) el día 12 de mayo de 2020. Ingresa con antecedente de cirugía de catarata en ambos ojos (AO) realizada en otra institución. Consultó por pérdida de la visión del ojo derecho (OD) de 7 meses de evolución, encontrándose el lente intraocular (LIO) implantado luxado hacia el vítreo (en mala posición). Antecedente de cirugía de catarata 17 años atrás, diabetes mellitus.
Al examen físico (EF) encuentran paciente con agudeza visual (AV) en OD: movimiento de manos (MM) y ojo izquierdo (OI): 20/60 – (Ref.: normal 20/20). El LIO en OD se encontraba luxado y enganchado en la pupila. En el fondo de OD: habían hemorragias en llama, exudados en polo posterior y sobre las arcadas vasculares, compatible con retinopatía diabética (RD) no proliferativa moderada de AO. Solicitan angiografía y valoración por retinología.

El 30/6/2020, es valorada por la retinóloga Dra. Derly Valenzuela, quien encuentra paciente diabético de 17 años de evolución, con una hemogrlbina glicosilada (HbA1c) de 7.6% (mal controlado), con resultado de OCT (tomografía óptica coherente): con severa opacidad de medios OD, severo edema macular diabético clínicamente significativo y quístico OD; angiografía: con retinopatía hipertensiva de AO, retinopatía diabética proliferativa OD, edema macular difuso AO, retinopatía diabética severa no proliferativa de OI.
Al EF se encuentra adicional a la evaluación anterior, OD: mácula con abundantes exaudados lipídicos, hemorragias en mancha, polo posterior con gran exudación lipídica, exudados blandos, periferia sin lesiones. OI: hemorragias en mancha y en punto en 4 cuadrantes, retina aplicada.
Ordena: inyección intravítrea con Aflibercept en AO de manera prioritaria, y luego de la aplicación, vitrectomía posterior (VPP), extracción del LIO luxado, implante de LIO artisan de afaquia, endoláser y gas en el OD.

Desde auditoría médica se da visto bueno para realización de todo el procedimiento solicitado antes de 30 días.

El 24/7/2020, se realiza la inyección intravítrea sin complicaciones.

En valoración posoperatoria (POP) del 28/7/2020, encuentran paciente con buena evolución dentro del contexto de su cuadro clínico, a la espera de autorización para la continuidad del ordenamiento médico (VPP, extracción del LIO luxado, inserción del LIO artisan de afaquia, endoláser y gas) y se da manejo médico para control de sus cifras de presión intraocular (PIO). Se da incapacidad por 3 días.

4/8/2020 – es valorado en control por la Dra. Valenzuela, quien confirma solicitud de VPP, extracción del LIO luxado, inserción del LIO artisan de afaquia, endoláser y gas, y adiciona que se requiere prioritario no mayor a una semana.

Fue valorada en controles de consulta externa por la Dra. Valenzuela los días 11/8/2020 y 1/9/2020, sin cambios en el cuadro clínico del usuario.

Se interviene quirúrgicamente el 28/5/2021, encontrando paciente que hace hemorragia vítrea densa desorganizada, desprendimiento de polo posterior, desprendimiento traccional de retina en área macular. No se realiza inserción de LIO de artisan por hallazgo de glaucoma neovascular (vasos anómalos en el iris). Menciona la Dra. Valenzuela que, este hallazgo es una complicación de la retinopatía diabética que no se detectó antes por el retraso en la cirugía y la falta de controles por la consulta.
En control POP del 1/6/2021, encuentra paciente con OD: hemorragia subconjuntival, córnea opaca engrosada con edema microquístico, restos hematicos en periferia, afaquia (sin LIO), cavidad llena se silicon, retina aplicada, excavación OD: 0.2, OI: 0.4.
Solicita valoración por glaucomatólogo y control con retinólogo. Deja manejo médico y solicita inyección intravítrea con Ranivizumab.

El 17/6/2021, lo valora el Dr. Pedro Quevedo, glaucomatólogo, quien encuentra un paciente con afaquia en OD, AV: OD: no percibe luz (NPL), OI: 20/60. OD: cámara anterior con ángulo cerrado por rubeosis, PIO: OD: 40, OI: 22. Excavación: OD: no valorable, OI: 0.4.
Solicita trabeculoplastia láser, la cual se realiza el mismo día y, solicita ademas, ciclofotocoagulación transescleral, la cual se lleva a cabo el 23/6/2021.

Al día siguiente (24/6/2021) en control POP con el Dr. Quevedo, paciente con buena evolucióbn con PIO OD: 14, OI: 16. Deja con manejo médico y control a 3 meses.

El 14/9/2021, es valorado en control por la Dra. Valenzuela, con examen físico sin cambios, y solicita OCT de control y valoración con reporte.

El 28/10/2021, la valora de nuevo el Dr. Quevedo, quien valora OCT que reporta mácula con adhesión vítreomacular y edema macular exudativo del OI. AV por optometría: OD: NPL, OI: 20/20. PIO: OD: 0, OI: 14. Solicita valoración por medicina laboral para determinar discapacidad por pérdida total de visión del OD.

Análisis:

- Paciente en el contexto de patología crónica (diabetes e hipertensión), las cuales afectan a lo largo del tiempo la retina (retinopatia diabética e hipertensiva).
- Ingresa a la CVA con historia de 7 meses de mala visión y hemorragias en retina, los cuales venian siendo manejados en otra clínica de la ciudad. La mala visión referida, se debió a que el paciente venía con luxación del LIO previamente implantado, pero no reacomodado.
- En el primer ordenamiento, la prioridad estaba en la aplicación de la inyección intravítrea con Aflibercept, la cual se realizó de manera oportuna el 24/7/2020.

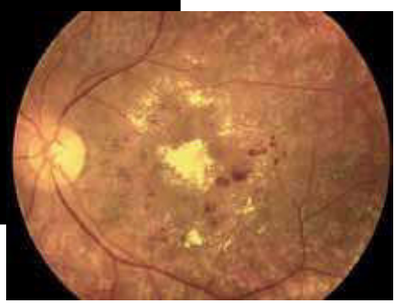
- Se dio autorización por parte de auditoría médica para que lo solicitado por la médica tratante se realizara antes de 30 días.
- Dada la situación administrativa con la entidad aseguradora del momento (Coomeva), se presento extemporaneidad en la programación de los procedimientos.

Auditoría Médica
Instituto para Niños Ciegos y Sordos
Clínica Visual y Auditiva
Dirección: Calle 5B2 # 37ª-50
Tel directo: 5140233
Ext: 3415
Correo: andres.quinones@ciegosysordos.org.co

Retinopatía diabética

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche[a], *Laura Alejandra Mendoza Larios*[b]



SÍNTESIS DE LA QUEJA

El paciente manifestó que a consecuencia de una cirugía mal realizada sufrió la pérdida total de la vista del ojo derecho.

RESUMEN CLÍNICO

Masculino de 49 años de edad con diabetes mellitus de 15 años de evolución, tratada mediante hipoglucemiantes orales. El 8 de enero de 2010, consultó al oftalmólogo demandado por presentar disminución de la agudeza visual, miodesopsias (manchas percibidas en el campo visual) y escotoma central de un mes de evolución en ojo derecho. El diagnóstico fue retinopatía diabética proliferativa avanzada de alto riesgo en ambos ojos, así como hemorragia vítrea y desprendimiento de retina fraccional en ojo derecho, programándose aplicación de fotocoagulación panretiniana en el ojo izquierdo y tratamiento quirúrgico en el ojo derecho; el pronóstico fue reservado por la severidad de cuadro clínico.

El 16 de enero de 2010, se aplicó fotocoagulación en retina nasal e inferior del ojo izquierdo y el día 22 del mismo mes y año se completó el tratamiento aplicándose fotocoagulación en retina temporal y superior. Así mismo, el día 29 se realizó vitrectomía, delaminación, endofotocoagulación y aplicación de gas C3F8 en el ojo derecho.

En la evolución postoperatoria la agudeza visual del ojo derecho fue 20/70 con presión intraocular 16 mmHg, y se encontró la retina aplicada y gas en la cavidad vítrea. Sin embargo, el 19 de marzo de 2010, se presentó disminución importante de la visión y dolor en el ojo derecho, se apreció en el fondo del ojo una contracción de la base del vítreo que ocasionaba desprendimiento de retina, así como proliferación fibrovascular en la periferia de retina. El demandado realizó vitrectomía central, remoción de la base de vítreo, remoción de proliferación, endodiatermia, endofotocoagulación, aplicación de silicón y retinectomía.

El 30 de abril de 2010, el paciente presentó dolor ocular intenso en ojo derecho y agudeza visual de percepción de luz. El diagnóstico fue glaucoma agudo por iridectomía obstruida, misma que fue permeabilizada, se retiró el silicón y se indicó en gotas, mediante lo cual mejoró el dolor ocular; sin embargo persistió la agudeza visual de percepción de luz, y se reportó presión intraocular de 6

[a]Dirección de la Sala de Arbitraje. CONAMED. México, DF.
[b]Facultad de Medicina. UNAM. México, DF.

mmHg, iridectomía permeable, retina con poca irrigación sanguínea (vasos exangües). En el ojo izquierdo la agudeza visual fue 20/20, con presión intraocular 16 mmHg, sin actividad neovascular.

ANÁLISIS DEL CASO

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, la retinopatía diabética es la complicación más frecuente de la diabetes mellitus de larga duración. Desafortunadamente esta enfermedad ocasiona cambios retinales, así como disminución de la visión. En efecto, la pérdida de visión es 25 veces más frecuente en diabéticos que en la población en general. Cabe mencionar, que el control de la diabetes reduce las complicaciones, así como los cambios microvasculares, incluyendo la retinopatía.

El desarrollo de retinopatía, se incrementa con el tiempo de evolución de la enfermedad; después de 10 años, cerca del 70% de los diabéticos tipo II, tienen algún grado de retinopatía.

Cabe mencionar, que la retinopatía diabética se refiere a la presencia de alteraciones microvasculares típicas, en la retina de una persona con diabetes (microaneurismas, hemorragias, exudados duros, manchas algodonosas, alteraciones microvasculares, arrosariamiento venoso, neovasos y tejido fibroso), que aparecen como complicación crónica de la enfermedad.

En la retina existen 2 condiciones causantes de disminución de la agudeza visual: el edema macular diabético y la neovascularización retinal (crecimiento anormal de vasos sanguíneos). El edema macular se caracteriza por engrosamiento edematoso de la mácula (área de la retina responsable de la visión central); cuando el edema compromete el centro de la mácula, la agudeza visual disminuye. En la neovascularización y crecimiento de tejido fibroso de la retina, así como del nervio óptico, los neovasos atraviesan la superficie posterior del vítreo, dirigiéndose hacia la cámara vítrea, a esta fase se le denomina retinopatía diabética proliferativa.

Los nuevos vasos pueden sangrar dentro de la cavidad vítrea y reducir la visión. El sangrado se asocia con tejido fibroso que se adhiere al gel vítreo o a la superficie de la retina, ejerciendo tracción y, en ocasiones, desprendimiento retinal. Por esta razón, la neovascularización retiniana sitúa en riesgo grave la visión.

La retinopatía diabética es la complicación más frecuente de la diabetes mellitus de larga duración. Esta enfermedad ocasiona cambios retinales, así como disminución de la visión. La pérdida de visión es 25 veces más frecuente en diabéticos que en la población en general. Cabe mencionar, que el control de la diabetes reduce las complicaciones, así como los cambios microvasculares, incluyendo la retinopatía.



Con base en la literatura oftalmológica, la retinopatía diabética puede clasificarse de la siguiente forma:

a) Retinopatía diabética no proliferativa

1. Mínima. Sólo microaneurismas.
2. Leve. Microaneurismas, exudados duros, manchas algodonosas, hemorragias/microaneurismas escasos.
3. Moderada. La anterior, pero con mayor cantidad de hemorragias/microaneurismas (moderados); anomalías microvasculares intrarretinianas mínimas o rosarios venosos en un cuadrante.



Clara Natoli

El desarrollo de retinopatía, se incrementa con el tiempo de evolución de la enfermedad; después de 10 años, cerca del 70% de los diabéticos tipo II, tienen algún grado de retinopatía.

Esta enfermedad implica la presencia de alteraciones microvasculares típicas, en la retina de una persona con diabetes (microaneurismas, hemorragias, exudados duros, manchas algodonosas, alteraciones microvasculares, arrosariamiento venoso, neovasos y tejido fibroso), que aparecen como complicación crónica de la enfermedad.

4. Grave. Hemorragias/microaneurismas graves en 4 cuadrantes o rosarios venosos en 2 o más cuadrantes, o anomalías microvasculares intrarretinianas graves en por lo menos un cuadrante.
5. Muy grave. Dos o tres de las características de la grave.

b) Retinopatía diabética proliferativa

1. Moderada. Neovascularización retiniana o neovascularización papilar de menos de un tercio de área papilar.
2. De alto riesgo. Neovascularización papilar mayor a un tercio del área papilar o hemorragia preretinal o vítrea, con neovascularización retinal o papilar.
3. Avanzada. Proliferación fibrovascular, desprendimiento de retina, hemorragia vítrea que oculta el fondo.

c) Edema macular diabético

1. Clínicamente no significativo.
2. Clínicamente significativo.
   - Engrosamiento retiniano o exudados duros a menos de 500 micras del centro de la fóvea.
   - Engrosamiento retiniano de un diámetro papilar o mayor, parte del cual está a menos de un diámetro papilar del centro de la fóvea.

El edema macular diabético y la neovascularización de la retina, pueden ser tratados mediante distintos tipos de cirugía láser o fotocoagulación.

El tratamiento del edema macular debe realizarse aplicando 50 a 100 micras de mediana intensidad en las áreas de escape en la zona macular. Este manejo es llamado fotocoagulación macular focal y el retratamiento puede ser necesario si el edema macular persiste.

Para tratar la neovascularización o la inminente neovascularización, debe emplearse láser, aplicado en la periferia media de la retina y en la región más periférica, respetando la zona macular. El tratamiento para la neovascularización se denomina panretinofotocoagulación.

La fotocoagulación macular focal, debe considerarse en pacientes con edema que compromete la mácula o amenaza con extenderse al centro de la misma.

En relación a la vitrectomía, este tratamiento quirúrgico, generalmente se emplea en pacientes con retinopatía diabética proliferativa avanzada, extensa, con hemorragia vítrea. La tracción retinal debe ser liberada por incisión de tejido fibrovascular mediante cirugía.

La neovascularización residual y la retina isquémica, deben ser manejadas mediante fotocoagulación transvítrea, también denominada endofotocoagulación, a fin de reducir el riesgo de crecimiento neovascular.

La vitrectomía por la *pars* plana, originalmente fue empleada para extraer hemorragias del vítreo y mantener la retina aplicada para mantener la visión. La diatermocoagulación intravítrea, la fotocoagulación y los métodos de taponamiento, mejoran los medios de tratamiento.

Así mismo, gran número de pacientes con fibrosis premacular, edema macular por tracción de la hialoides, hemorragia premacular densa y progresión de la proliferación, entre otras, pueden ser tratados mediante vitrectomía en la retinopatía diabética.

La vitrectomía está indicada en el desprendimiento de retina traccional sobre la mácula, o bien, cuando el desprendimiento traccional avanza por dentro de las arcadas vasculares. La tracción permanente sobre la retina de las proliferaciones fibrovasculares puede producir agujeros retinianos y convertirse en desprendimiento regmatógeno de retina. La afectación de estos desprendimientos puede ser muy severa, especialmente si se asocian a vítreo-retinopatía proliferativa, siendo necesario el tratamiento quirúrgico.

Por otro lado, la hemorragia vítrea, es consecuencia del sangrado de la proliferación neovascular secundaria a retinopatía diabética, y si bien, la fotocoagulación panretiniana disminuye las complicaciones, las hemorragias intravítreas también son indicación de vitrectomía en la retinopatía diabética.

El octoflururopropano (C3F8) al 15% mezclado con aire, se emplea principalmente en pacientes con múltiples rupturas y tracciones periféricas que han sido relajadas mediante cirugía endocular y escleral. Tiene efecto taponador útil de 30 a 40 días, y se emplea en casos de desprendimiento de la retina graves, en retinopatía diabética.

Las complicaciones durante y después de la vitrectomía, están relacionadas con la gravedad de la retinopatía. Pueden presentarse defectos en el epitelio corneal, edema estromal, rupturas retinianas, hipertensión ocular (elevaciones de la presión a niveles mayores de 28 mmHg, deben tratarse con medicación tópica antiglaucomatosa, cuando el incremento es mayor de 50 mmHg, generalmente existe expansión de burbuja de gas por bloqueo pupilar o trabecular ocasionado por depósito de sangre o fibrina, y es apropiado realizar punción con aguja), desprendimiento de retina, entre otros.

En el presente caso, el paciente consultó al oftalmólogo demandado, especialista en retina médica y quirúrgica, debido a que presentaba disminución de la agudeza visual en ambos ojos, secundaria a retinopatía diabética proliferativa avanzada.

La valoración inicial del 8 de enero de 2010, establece que el paciente presentaba diabetes mellitus de 15 años de evolución, tratada mediante hipoglucemiantes orales, así como miodesopsias y escotoma central de un mes de evolución en ojo derecho, en la exploración física se encontró agudeza visual en ojo derecho de cuenta de dedos a un metro, y en ojo izquierdo 20/40.

En el segmento anterior de ambos ojos: cristalino con esclerosis nuclear, rubeosis iridis, ángulo camerular sin rubeosis; la presión intraocular en ambos ojos fue de 21 mmHg. Se diagnosticó retinopatía diabética proliferativa avanzada de alto riesgo, en ambos ojos, así como desprendimiento de retina secundario a tracción con hemorragia en vítreo, en ojo derecho.

Debido a las condiciones clínicas de ambos ojos, con la presencia de rubeosis en iris, sobre todo en ojo izquierdo, el demandado estimó necesario efectuar fotocoagulación panretiniana en ojo izquierdo y programó vitrectomía en ojo derecho para el 29 de enero de 2010. En ese sentido, no se observan elementos de mala práctica, pues debido a que el ojo izquierdo presentaba mejores condiciones clínicas (mejor pronóstico visual), el plan de tratamiento fue correcto.

En efecto, el demandando cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, al iniciar la fotocoagulación en ojo izquierdo para evitar mayor progresión de la retinopatía diabética y preservar la función visual de dicho ojo, así como realizar vitrectomía en ojo derecho, por tratarse de un grado más avanzado de retinopatía, acompañado de hemorragia y desprendimiento de retina.

Los días 16 y 22 de enero de 2010, el demandado realizó aplicación de fotocoagulación con los parámetros siguientes: 800 disparos, 500 micras de diámetro y 200 miliwatts por sesión. Esto demues-

Fue demostrado que la atención oftalmológica se ajustó a lo establecido por la *lex artis*. El estado final del ojo derecho fue consecuencia de las complicaciones que ocurrieron después de cirugía, mismas que se relacionaron con la gravedad de la retinopatía y la escasa respuesta tisular al tratamiento quirúrgico, lo cual ocasionó que la evolución fuera desfavorable.



tra que el tratamiento empleado para la retinopatía del paciente, se ajustó a lo establecido por la *lex artis* oftalmológica.

Al respecto, la literatura oftalmológica refiere, que para tratar la neovascularización debe emplearse láser (panretinofotocoagulación), aplicado en la periferia media de la retina y en la región más periférica, tal como sucedió en el presente caso.

La nota postoperatoria del 29 de enero de 2010, acreditó que el facultativo demandado realizó vitrectomía en ojo derecho, eliminó la hemorragia, la proliferación fibrovascular, aplicó fotocoagulación panretiniana y dejó gas C3F8 en cavidad vítrea, como taponamiento. Dicho procedimiento fue correctamente indicado para tratar la patología del paciente y se efectuó conforme a lo establecido por la *lex artis* especializada.

El paciente argumentó que contrario a lo informado en la primera consulta, los días 15 y 22 de enero 2010, el demandado aplicó rayo láser en el ojo izquierdo y el 29 de enero de 2010, realizó cirugía en ojo derecho.

Sobre el particular, las notas médicas acreditan que atendiendo al estado visual del paciente, el demandado optó por tratar inicialmente el ojo izquierdo, buscando limitar las alteraciones y preservar su función visual, para posteriormente efectuar vitrectomía en el ojo con mayor afectación, lo cual también demuestra que valoró debidamente el riesgobeneficio.

La nota preoperatoria del 8 de enero de 2010, confirma que desde la consulta inicial, el demandado programó vitrectomía para el 29 de enero de 2010.

A mayor abundamiento, dadas las condiciones clínicas del ojo derecho, el pronóstico era desfavorable, pues presentaba rubeosis iridis, proliferación fibrovascular, desprendimiento de retina secundario a tracción y hemorragia en vítreo. La literatura de la especialidad, refiere que la vitrectomía está indicada para tratar de modificar la historia natural de la enfermedad, pues su evolución es hacia la pérdida de la visión.

La evolución postoperatoria inicialmente fue satisfactoria, el paciente recuperó función visual y la retina estaba aplicada, así lo demostraron las notas de evolución de los días 5 y 27 de febrero de 2010, en las cuales se reporta agudeza visual en ojo derecho 20/70, presión intraocular de 16 mmHg y retina aplicada.

Ahora bien, el 19 de marzo de 2010, el paciente asistió a consulta refiriendo disminución importante de la agudeza visual y dolor en el ojo derecho. En la exploración física se encontró: agudeza visual en el ojo derecho de movimiento de manos, presión intraocular de 8 mmHg, flare y células (+++) en cámara anterior. Fondo de ojo: contracción de la base del vítreo, que ocasionó desprendimiento de retina, proliferación fibrovascular en la periferia de la retina. Se diagnosticó desprendimiento de retina posterior a la contracción de base de vítreo, secundario a proliferación fibrovascular hialoidea anterior. El demandado aplicó dexametasona paraocular y estimó necesario efectuar vitrectomía con aplicación de silicón.

En términos de la literatura oftalmológica, en la evolución postoperatoria de vitrectomía, se puede

presentar: inflamación, hemorragia en vítreo, desprendimiento de retina rhegmatógeno, infección, nueva proliferación fibrovascular, entre otras, los cuales son riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico y no guardan relación con la actuación médica demandada. En el caso que se presenta, el paciente fue informado acerca de los riesgos, lo cual fue acreditado mediante Carta de Consentimiento Bajo Información.

Así las cosas, ante el cuadro clínico (desprendimiento de retina), el demandado informó al paciente la necesidad de reintervenirlo quirúrgicamente, procedimiento necesario para atender su patología.

Esto demuestra que el demandado cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, ante el desprendimiento de retina secundario a proliferación fibrovascular y contracción de la base del vítreo.

Atendiendo a la nota postoperatoria del 26 de marzo del 2010, se efectuó vitrectomía central, remoción de la base de vítreo, remoción de proliferación, endodiatermia, endofotocoagulación, aplicación de silicón y retinectomía.

En el primer mes de postoperatorio, el paciente presentó presión intraocular de 50 mmHg, debido a la oclusión de iridectomía por fibrina, como consecuencia de un estado inflamatorio importante, el cual fue manejado mediante drenaje de la iridectomía, dorzolamida, timolol y brimonidina (gotas oftálmicas). No se observaron elementos de mal *praxis,* por cuanto a este rubro se refiere, pues el demandado identificó y trató las complicaciones.

En las consultas de seguimiento, la agudeza visual en ojo derecho fue de percepción de luz, existía edema corneal, la iridectomía estaba permeable, la retina aplicada, pero con vasos exangües. El ojo izquierdo presentaba agudeza visual 20/20, presión intraocular 16 mmHg, sin actividad neovascular. Por lo anterior, el demandado indicó tratamiento médico (conservador) y explicó al paciente el pronóstico.

APRECIACIONES FINALES

- Fue demostrado que la atención oftalmológica reclamada, se ajustó a lo establecido por la *lex artis.*
- El estado final del ojo derecho fue consecuencia de las complicaciones que ocurrieron después de cirugía, mismas que se relacionaron con la gravedad de la retinopatía y la escasa respuesta tisular al tratamiento quirúrgico, lo cual ocasionó que la evolución fuera desfavorable.

RECOMENDACIONES

- La Organización Mundial de la Salud, estima que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes, siendo probable que dicha cifra, se incremente a más del doble en el año 2030.
- Debe promoverse el autocuidado a la salud de los pacientes, principalmente en lo que se refiere al control de la presión arterial, glucosa y lípidos.
- Hasta 39% de los pacientes con meiilitus tipo 2, tienen retinopatía en el momento del diagnóstico.
- La retinopatía diabética causa el 5% de los casos de ceguera en el mundo, por ello la importancia de implementar medidas preventivas.

BIBLOGRAFÍA

Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Retinopatía Diabética. México: Secretaría de Salud; 2009.

Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study Research Group: Early vitrectomy for severe vitreous hemorrhage in diabetic retinopathy: four-year results of a randomized trial, Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study Report 5. Arch Ophthalmol. 1990;108:958.

Marshall S, Flyvbjerg A. Prevention and early detection of vascular complications of diabetes, British Med Journal. 2006; 333(7566):475-80.

Leese GP and Ellis JD. Review: Overview of diabetic eye disease. British Journal of Diabetes and Vascular Disease. 2002; 2(1):14-7.

Care of the Adult Patient with Diabetes Mellitus Optometric Clinical Practice Guideline 2002.

O'Hanley GP, Lanny CC. Diabetic dense premacular hemorrhage: a possible indication for prompt vitrectomy. Ophthalmology. 1985;92:507.

Early photocoagulation for diabetic retinopathy ETDRS report number 9. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Ophthalmology. 1991;98(5 Suppl):766-85.

Photocoagulation for diabetic macular edema. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report number 1. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Arch Ophthalmol. 1985;103:1796-806.

Santiago de Cali,

Señora Doctora
LORENA MARTÍNEZ JARAMILLO
Juez Dieciséis Administrativo
Oral del Circuito de Cali
E. S. D.

correos electrónicos: **adm16cali@cendoj.ramajudicial.gov.co**
of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ref: Contestación de la Demanda
Acción de Reparación Directa
Demandantes: Desiderio Hernández y otros
Demandados: Superintendencia Nacional de Salud y otros
Rad.- 76001-33-33-016-2022-00246-00

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado judicial principal del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, me permito **LLAMAR EN GARANTÍA** a **SEGUROS DEL ESTADO S. A.,** compañía de seguros, identificada con el NIT N° 860.009.578-6, con domicilio principal en Bogotá, dirección electrónica para notificaciones judiciales: juridico@segurosdelestado.com, representada legalmente por Wilson Antonio Rincón Chichilla, o quien haga sus veces, para que, de acuerdo con las normas aplicables, se haga parte en el proceso y, si es el caso, responda de conformidad con las condiciones del contrato de seguro contenido en la póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional N° 45-03-101003393** con vigencia desde el 17 de diciembre de 2018 hasta el 17 de diciembre de 2019 (anexo N° 42); con vigencia desde el 17 de diciembre de 2019 hasta el 17 de diciembre de 2020 (Anexo N° 52) y con vigencia desde el 17 de diciembre de 2020 hasta el 17 de diciembre de 2021 (Anexo N° 62).

1. PRETENSIONES

PRIMERA.- Se sirva declarar y reconocer, Señora Juez, la existencia del contrato de seguro contenido en la póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional N° 45-03-101003393**, expedida por **SEGUROS DEL ESTADO S. A.,** cuya vigencia se pactó (anexo N° 42) desde el 17 de diciembre de 2018 y se renovó sucesivamente (anexos N°s 52 y 62) hasta el 17 de diciembre de 2020 y luego hasta el 17 de diciembre de 2021, teniendo como tomador y asegurado al **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** y como beneficiario a los terceros afectados.

SEGUNDA.- En virtud del contrato de seguro antedicho, y con fundamento en las condiciones estipuladas, así como con base en el artículo 64 del Código General del Proceso, mi poderdante afirma tener derecho contractual a exigir de **SEGUROS DEL ESTADO S. A.,** la indemnización correspondiente en caso de que se profiera sentencia condenatoria en su contra como demandada dentro del proceso identificado en la referencia.

TERCERA.-: Con fundamento en los artículos 64 y subsiguientes del Código General del Proceso, para todos los efectos legales, se vincule a este proceso, mediante la figura del llamamiento en garantía, a **SEGUROS DEL ESTADO S. A.** cuyo domicilio principal se encuentra en Bogotá.

2. HECHOS QUE LE SIRVEN DE FUNDAMENTO A LAS PRETENSIONES

HECHO PRIMERO.- Mi mandante celebró con la compañía **SEGUROS DEL ESTADO S. A.,** en calidad de tomador y asegurado el contrato de seguro contenido en la póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional N° 45-03-101003393**, para cubrir la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra derivada de la prestación de los servicios de salud en empresas prestadoras de salud ocurridos durante la vigencia de la póliza, de conformidad con lo que reza en los anexos **N° 42** (desde el 17 de diciembre de 2018 hasta el 17 de diciembre de 2019), **N° 52** (desde el 17 de diciembre de 2019 hasta el 17 de diciembre de 2020) y **N° 62** (desde el 17 de diciembre de 2020 hasta el 17 de diciembre de 2021.

HECHO SEGUNDO.- El 28 de octubre de 2022, el Juzgado Dieciséis Administrativo Oral del Circuito de Cali profirió el auto N° 1199 admitiendo la demanda de reparación directa propuesta por el señor Manuel Desiderio Hernández Ríos, a través de apoderada judicial, contra La Nación-Superintendencia de Salud y otros.

HECHO TERCERO.- De acuerdo con la demanda, básicamente son tres los hechos en los que se pueden configurar reproches a la conducta del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA.**

En el hecho 3.12 se indicó que en la atención ocurrida el **30 de junio de 2020** (estando vigente el anexo N° 52 desde el 17 de diciembre de 2019 hasta el 17 de diciembre de 2020) en la historia clínica se indicó que resultaba prioritaria efectuar la vitrectomía posterior en el ojo derecho.

Luego en el hecho 3.16 se indicó que la autorización para cirugía efectuada el **17 de noviembre de 2020** (estando vigente el anexo N° 52 desde el 17 de diciembre de 2019 hasta el 17 de diciembre de 2020) pudo presentar una dilatación absurda en la eps (Coomeva EPS) y en la ips (**INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**) que generaron en el paciente daños irreversibles en el ojo derecho.

Finalmente, en el hecho 3.19 se indicó que durante la cirugía practicada el **28 de mayo de 2021** (estando vigente el anexo N° 62 desde el 17 de diciembre de 2020 hasta el 17 de diciembre de 2021) se pudo detectar que la condición del ojo derecho del paciente Hernández había empeorado, diagnosticándosele un glaucoma neo vascular.

A pesar de haber considerado que la causa de la pérdida de la visión del paciente Hernández se debió a la patología que padecía de diabetes mellitus y de retinopatía diabética en ambos ojos que condujeron al glaucoma neo vascular, y de que en varias pruebas se argumenta que hubo demoras administrativas de la eps (Coomeva EPS), de todas maneras, en cualquier caso, los posibles eventos objeto de reproche a la responsabilidad profesional del Asegurado ocurrieron estando vigente el seguro contenido en la póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional N° 45-03-101003393**, ya en el anexo **N° 52** (con vigencia desde el 17 de diciembre de 2019 hasta el 17 de diciembre de 2020) o ya en el anexo **N° 62** (con vigencia desde el 17 de diciembre de 2020 hasta el 17 de diciembre de 2021).

HECHO CUARTO.- El 10 de agosto de 2022 la Procuraduría 57 Judicial I para Asuntos Administrativos expidió acta que declaró fallida la conciliación en derecho entre las partes.

3. FUNDAMENTOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

El **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** celebró con la compañía **SEGUROS DEL ESTADO S. A.** un contrato de seguro en la cual se amparó la responsabilidad civil en que incurra el asegurado derivado de su actividad prestadora de salud, tal como consta en la póliza de seguro **Responsabilidad Civil Profesional N° 45-03-101003393** y sus anexos **N°s 42, 52 y 62**, que se adjuntan como pruebas documentales.

Conforme a las condiciones de la póliza, la compañía aseguradora se compromete a indemnizar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que el asegurado cause con motivo de determinada responsabilidad civil que incurra, que sea consecuencia de un hecho imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Es preciso señalar que, en virtud de la Ley 389 de 1997, el contrato de seguro fue determinado como un contrato consensual. Luego al ser consensual y no solemne el contrato de seguro se probará por escrito o por confesión (Artículo 1046 modificado por el art. 3 de la Ley 389 de 1997), en consecuencia, la póliza dejó de ser el único medio para probar su existencia y basta en su defecto la confesión o un documento que lo acredite.

De conformidad con el artículo 64 del Código General del Proceso, quien tenga derechos derivados de una acción contractual, para exigir de un tercero un reembolso del pago de perjuicios que tuviere que hacer como resultado de una sentencia, podrá citar al proceso a aquél para que en el mismo proceso se resuelva sobre su relación, circunstancia que es la que se presenta en este evento y que se legitima. Solicitamos, en consecuencia, que de ser el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** condenado a pagar cualquier suma de orden indemnizatorio, con ocasión de la demanda presentada por el señor Manuel Desiderio Hernández Ríos, a través de apoderada judicial, y en virtud de la sentencia que se llegue a dictar dentro del presente proceso, se ordene a su vez a **SEGUROS DEL ESTADO S. A**., realizar dicho pago a través de la póliza reseñada.

4. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Cito como fundamentos de derecho los artículos 64 y siguientes del Código General del Proceso y demás normas concordantes, al igual que la Ley 389 de 1997.

5. PRUEBAS DOCUMENTALES

5.1 Copia facsimilar de la póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional N° 45-03-101003393** anexos N°s **42** (desde el 17 de diciembre de 2018 hasta el 17 de diciembre de 2019), **52** (desde el 17 de diciembre de 2019 hasta el 17 de diciembre de 2020) y **62** (desde el 17 de diciembre de 2020 hasta el 17 de diciembre de 2021).

5.2 Copia facsimilar de la demanda y sus anexos.

5.3 Copia facsimilar de la contestación de la demanda y sus anexos.

6. ANEXOS

6.1 El Poder para actuar.

6.2 Certificado de existencia y representación del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, expedido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

6.3 Certificado de existencia y representación de **SEGUROS DEL ESTADO S. A.** expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.

6.4 Las pruebas documentales.

7. NOTIFICACIONES

La llamada en garantía **SEGUROS DEL ESTADO S. A.** recibe notificaciones en la, dirección electrónica para notificaciones personales: **juridico@segurosdelestado.com**

El suscrito abogado en la Carrera 3 A Oeste # 2-43 de Cali y personalmente en la Secretaría de su Despacho, así como en el correo electrónico: **harold.aristizabal@conava.net**

Sinceramente,

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 C. S. de la Jud.
correo electrónico (RNA): harold.aristizabal@conava.net

Santiago de Cali,

Señor
Juez Dieciséis Administrativo Oral del
Circuito de Cali
E. S. D.

correos electrónicos: **of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co**
adm16cali@cendoj.ramajudicial.gov.co

REF: OTORGAMIENTO DEL PODER
ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS
Demandados: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, ALCALDÍA DE CALI, COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Radicación 76001333301620220024600

PEDRO PABLO PEREA MAFLA, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.642.876 expedida en Cali, obrando en mi calidad de Representante Legal del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, identificado con NIT N° 890.303.395-4, según consta en el certificado de existencia y representación legal adjunto, manifiesto a Usted que confiero poder especial, amplio y suficiente, como Apoderado Principal al Dr. **HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN** identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura y como Apoderado Suplente al Dr. **DIEGO RICARDO GALÁN BARRERA,** identificado con la cédula de ciudadanía número 19.476.197 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 37.502 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, con el objeto que me representen en la defensa integral de mis intereses dentro del proceso de la referencia, para lo cual podrán contestar la demanda y proponer excepciones, llamar en garantía, solicitar y practicar pruebas, efectuar peticiones, solicitar nulidades, interponer recursos, alegar de conclusión y, en general, adelantar cualquier actuación procesal que tenga por objeto la defensa a cabalidad y con sujeción al debido proceso del Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca.

Los doctores **ARISTIZÁBAL MARÍN y GALÁN BARRERA** tienen todas las facultades previstas en el artículo 77 del Código General del Proceso y, con fundamento en las normas sustanciales y procesales aplicables, expresamente me permito autorizarlos para sustituir, conciliar, transigir, disponer, desistir y recibir.

Solicito a Usted reconocerles personería a mis apoderados en los términos y para los efectos del presente poder.

Del Señor Juez, respetuosamente,

PEDRO PABLO PEREA MAFLA
C. C. N° 16.642.876 de Cali
correos electrónicos: **pedro.perea@ciegosysordos.org.co**
instituto@ciegosysordos.org.co

Aceptamos el presente poder:

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 del C. S. de la J.
correo electrónico (RNA):
harold.aristizabal@conava.net

DIEGO RICARDO GALÁN BARRERA
C. C. N° 19.476.197 de Bogotá
T. P. N° 37.502 del C. S. de la J.
correo electrónico (RNA):
dirigaba@gmail.com

76-20000

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO JURIDICO CERTIFICA

Que mediante **Resolución Nº 078 de Julio 29 de 1942,** proferida por el **MINISTERIO DE GOBIERNO**, se reconoció Personería Jurídica a la entidad sin ánimo de lucro denominada **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA con NIT No. 890.303.395-4,** con domicilio en el Municipio de Cali - Departamento Valle del Cauca, la cual se encuentra vigente.

Que mediante Decreto 276 de febrero 09 de 1988 el Gobierno Nacional facultó al ICBF, para otorgar, conceder o suspender Personerías Jurídicas y Licencias de Funcionamiento a las instituciones de utilidad común que presten el servicio de Bienestar Familiar.

Que mediante la Resolución 3899 de 2010 se establece un régimen especial para otorgar, reconocer, suspender, renovar y cancelar personerías Jurídicas y licencias de funcionamiento a las instituciones del Sistema Nacional de bienestar Familiar que presten servicios de protección integral a las instituciones de utilidad común que presten el servicio de Bienestar.

Que el (la) actual Representante Legal de la citada entidad es el (la) Señor (a) **PEDRO PABLO PEREA MAFLA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **Nº 16.642.876,** cuyo nombre se encuentra registrado dentro del expediente que lleva el Grupo Jurídico del ICBF Regional Valle del Cauca.

Que teniendo en cuenta el artículo trigésimo segundo de los Estatutos del Instituto para Niños Ciegos y sordos del Valle del Cauca, mediante acta No. 384 de fecha 24 de Abril de 2018, se nombró como Revisora Fiscal a la Contadora Pública señora MARIA LILIANA MOSQUERA SANCHEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 31.167.491 y tarjeta profesional 24494-T.

Este certificado tiene como finalidad acreditar existencia y representación legal y su vigencia es de tres (3) meses, de conformidad con el artículo 63 de la Resolución 3435 de Abril de 2016 – ICBF.

Santiago de Cali, 03 de noviembre de 2022

ESPERANZA CLAUDIA BRAVO
Coordinadora Grupo Jurídico ICBF Valle
Aprobó. Esperanza Claudia Bravo – Coordinadora Grupo Jurídico
Revisó: Esperanza Claudia Bravo – Coordinadora Grupo Jurídico
Elaboro: Andrea Rios Coral – Profesional Universitaria Grupo Jurídico

PÚBLICA

56

RV: Solicitud de historia de Manuel Hernández Ríos

Diana Patricia Trujillo Duque <diana.trujillo@ciegosysordos.org.co>
Mié 01/12/2021 14:57
Para: Luis Fernando Solano Beltran <luis.solano@ciegosysordos.org.co>

Buenas tardes, reenvió para su gestión

Gracias,

OK ENVIADO 02-12-2021 11:16 P

Diana Patricia Trujillo Duque
Jefe de Atención al Usuario
Atención al Usuario
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca | Clínica Visual y Auditiva
Nit. 890.303.395-4

diana.trujillo@ciegosysordos.org.co
ciegosysordos.org.co
Calle 5B2 No. 37A-50, Cali

De: Manuel Hernandez Rios <manuelhernandezrios@gmail.com>
Enviado: sábado, 27 de noviembre de 2021 12:59
Para: Diana Patricia Trujillo Duque <diana.trujillo@ciegosysordos.org.co>
Asunto: Solicitud de historia de Manuel Hernández Ríos

Buenas tardes

Esperó se encuentren bien.

Solicito su amable colaboración, para la copia de la historia clínica del paciente:

Manuel Hernández Ríos
Cc 94432656
DE LOS AÑOS 2020 Y 2021
A.C 20031027

Adjunto escaneada mi cédula.

Atentamente

Manuel Hernández Ríos
Celular y WhatsApp: +57 319 2408371 y +57 305 3976658

Get TypeApp for Android

55

Santiago de Cali, 01 de diciembre de 2021

Señor (a):
MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS
Ciudad.

Se responde otorgando la copia de la historia clínica y que se adjunta por solicitud del paciente **MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS** historia clínica No **2003110227** la cual contiene **54** folios, reserva que se debe tener sobre la historia clínica de pacientes y por lo tanto es su responsabilidad el uso que se pueda dar a dicha copia.

Cordialmente,

FERNANDO ANTONIO GARCES FRANKY
Director médico

IMPRESO POR: SIT S.A.S.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/10/28

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

CTL GNV OD HTO SIN TTO OI
REMITE RETINA PARA VALORACION GLAUCOMA
TOMOGRAFIA DE SEPT 22/21 MACULA
IDX ADHESION VITREOMACULAR OI
EDEMA MACULAR EXUDATIVO OI
AVL POR OPTOMETIA OD NPL OI 20/20
YA FUE VACUNADO
TEMP 36.2
NO USA GOTAS EN EL MOMENTO
DESEA VALORACION PARA DETERMINAR DISCAPACIDAD.
BMC
OD CORNEA OPACA, RUBESIS IRIS,
SEGMENTO ANTERIOR ESTABLE OI
PIO OD 0 OI 14MMHG
N.O EXC OD GNV OI 0.4

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H544 CEGUERA DE UN OJO
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	H526 OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION
Diagnóstico Relacionado 2:	H408 OTROS GLAUCOMAS
Conducta:	VALORACION MEDICINA LABORAL PARA DETERMINAR DISCAPACIDAD POR PERDIDA TOTAL DE VISION OJO DERECHO.(GLAUCOMA NEOVASCULAR) CITA GLAUCOMA EN 6 MESES SEGUIMIENTO. OJO IZQUIERDO OJO UNICO HTO SIN TTO. ENVIO DEXAMETASONA 0.1 GOTAS OJO DERECHO . 3V/D USO CONTINUO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/10/28

Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Cantidad:	0
Examen 1:	890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
Cantidad:	1
Examen 2:	8903072 CONSULTA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	VALORACION MEDICINA LABORAL PARA DETERMINAR DISCAPACIDAD POR PERDIDA TOTAL DE VISION OJO DERECHO.(GLAUCOMA NEOVASCULAR) CITA GLAUCOMA EN 6 MESES SEGUIMIENTO. OJO IZQUIERDO OJO UNICO HTO SIN TTO.

Firma del Médico	Registro Médico
PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI	17205
C.C: 16594758	**Especialidad** OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 2021/10/28 **Hora Cierre:** 12:58:55 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/09/14

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código: 7600105205
Departamento: Valle del Cauca - 76
Municipio: Cali - 76001
Número de Solicitud: 0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE DIABETICO DM2 DESDE HACE 20 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE REFIERE QUE REPORTE DE ULTIMA HG 7.6%

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
SE DIO ORDEN PARA CIRUGIA DEL OJO DERECHO EL 14/07/2020 PARA REALIZAR 8 DIAS DESPUES DE LA INYECCION INTRAVITREA DE AFLIBERCEPT SIN EMBARGO HUBO UNA DEMORA ADMINISTRATIVA POR LO QUE SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + ENDOLASER + SILICON OJO DERECHO. EL 28/05/2021.
SE DEJO AFACO (NO SE IMPLANTO EL LENTE ARTISAN) POR QUE EL DIA DE LA CIRUGIA SE ENCONTRO GLAUCOMA NEOVASCULAR (VASOS ANOMALOS EN EL IRIS) CON ABUNDATE SANGRADO Y HEMORRAGIA VITREA , ESTO ES UNA COMPLICACION DE LA RETINOPATIA DIABETICA QUE NO SE DETECTO ANTES POR EL RETRASO EN LA CIRUGIA Y LA FALTA DE CONTROLES POR CONSULTA FINALMENTE SE LLEVO A ABLACION DE CUERPO CILIAR EN OD.

EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR
SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/NPL OI: 20/60

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/09/14

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA OPACA ENGROSADA CON EDEMA MICROQUISTICO, RESTOS HEMATICOS EN PERIFERIA, CÁMARA FORMADA, AFAQUIA.

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 24 MMHG OI: 12 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS OPACOS, CAVIDAD LLENA DE SILICON, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. SE DIO ORDEN PARA CIRUGIA DEL OJO DERECHO EL 14/07/2020 PARA REALIZAR 8 DIAS DESPUES DE LA INYECCION INTRAVITREA DE AFLIBERCEPT SIN EMBARGO HUBO UNA DEMORA ADMINISTRATIVA POR LO QUE SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + ENDOLASER + SILICON OJO DERECHO. EL 28/05/2021. SE DEJO AFACO (NO SE IMPLANTO EL LENTE ARTISAN) POR QUE EL DIA DE LA CIRUGIA SE ENCONTRO GLAUCOMA NEOVASCULAR (VASOS ANOMALOS EN EL IRIS) CON ABUNDATE SANGRADO Y HEMORRAGIA VITREA , ESTO ES UNA COMPLICACION DE LA RETINOPATIA DIABETICA QUE NO SE DETECTO ANTES POR EL RETRASO EN LA CIRUGIA Y LA FALTA DE CONTROLES POR CONSULTA FINALMENTE SE LLEVO A ABLKACION DE CUERPO CILIAR EN OD. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/09/14

	SOLICITO OCT DE MACULA OI CONTROL CON REPORTES
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento Solicitud:	Consulta Externa
Cantidad:	0
Examen 2:	951902 TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR
Cantidad:	1
Examen 3:	8903071 CONSULTA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA - RETINOLOGIA
Cantidad:	1
Exámen 4:	890307 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA +
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	SOLICITO OCT DE MACULA OI OPTOMETRIA CONTROL CON REPORTES

Firma del Médico	Registro Médico
[illegible]Y JACKELINE VALENZUELA LEAL C.C: 52962712	251079/2009
	Especialidad OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2021/09/14 **Hora Cierre:** 15:52:01 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2021/06/23

Identificación:	CC 94432656	Fecha de Nac.:	1975/02/12
Edad:	46 Años	Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Médico Tratante:	ENFERMERIA ENFERMERIA

Filtro Quirúrgico

Ingreso: Ingresa Paciente al Area de Filtro en compañía de un adulto responsable,se entrega con ropa para cirugía, se orienta que pase al vestier, se lave las manos y la cara retirando maquillaje, joyas, moñas y demas accesorios. Se cambia y se entrega al acompañante los objetos personales. . Confirma conocimiento derechos y deberes: SI. Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Hora de Ingreso: 07+35 . Tensión Arterial (Mm/Hg): 147/99 . Frecuencia Cardíaca: 87 . Glucometría (Mg/dl): 1489MG/DL . [illegible]o: Si. Hora de Ultima Ingesta: 18+30 . Alergías (Especifique): No Presenta . Ingesta de Aspirina y Derivados: No. Laboratorios: No. Imagenes Diagnosticas: No. Marcacion del Sitio Operatorio: Si. Consentimiento de Cx Firmado: Si. Consentimiento de Anestesiologo Firmado: Si. Se canaliza: Si. Vena Periferica: MSD. Angiocath: 22. Con: TAPON HEPARINIZADO. Gotas Administradas: OQSEINA al 0.4%. Observaciones: CIRCULANTE : ANA MILENA LEON .

Bloqueo Quirúrgico

Ingreso: Ingresa el paciente al área de bloqueo . Hora de Bloqueo: 08+08 AM . Saturación de Oxigeno: (99) % . Frecuencia Cardiaca: (81) Latidos x minuto . Soporte de Oxigeno con mascara facial: a (3) litros por minuto . Se confirma órgano a operar: Organo Derecho. Realiza Asepsia del Area Operatoria con: Isodine Solución. Tipo de Bloqueo: Peribulbar. Anestesiólogo: DR CERON . Se coloca bloquea sin complicaciones: Si. Medicamentos Administrados: FENTANYL 1 MCGR EV MIDAZOLAN 1 MGR EV THIOPENTAL 100 MGR EV . Observaciones: AUX.....SANDRA MILENA TORRES .

Salas de Cirugia (Circulante)

Paciente Procedente de: Bloqueo. Ingresa a la sala de Cirugia: 1. Hora de Ingreso: 08+16 AM . Frecuencia Cardiaca: (80) Latidos x minuto . Tensión Arterial (Mm/Hg): 000/000 . Saturación de Oxigeno: (99) % . Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Verificacion del sitio quirurgico: Si. Laboratorios o Ayudas Diagnosticas: No. Lista de Chequeo en Voz Alta: Si. Asepsia del Area Operatoria: Yodopovidona al 0.5% gotas OQ Septic, Isodine Solucion. Area Quirurgica preparada por: Instrumentadora, Cirujano, Circulante. Tipo de Anestesia: Regional. Hora de Induccion: 00:00 . Insumo Utilizado Via Aerea: OXIGENO POR CANULA NASAL. Inicio de Cirugia: 08+20 AM . Fin de Cirugia: 08+26 AM . Procedimiento Realizado: A[illegible]ACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA Descripción del Procedimiento: SE REALIZA CICLOFOTOCOAGULACIONTRANESCLERAL OD . Cirujano: DR QUEVEDO . Anestesiólogo: DR CERON . Instrumentador: VIVIANA GALAN . Oclusión Ocular: Si. Lubricacion ocular con viscotears: No. Patologias identificadas: No. Cultivos: No. Liquidos Endovenosos: TAPON HEPARINIZADO. Herida Quirurgica: Seca y Limpia, Apósito, Protector Ocular. Conteo Final del Instrumento completo: Si. Observaciones: CIRCULANTE.....SANDRA MILENA TORRES .

Recuperación

Hora de Ingreso: 08:30 . Herida Quirurgica: Seca y Limpia, Apósito, Protector Ocular. Seguimiento Post-Operatorio: Dolor. Signos Vitales: SI . Tensión Arterial (Mm/Hg): 140/95 . Frecuencia Cardíaca: 80 . Glucometría (Mg/dl): 140 . Saturación de Oxigeno: (99) % .

Observaciones de Recuperacion

Se entrega al Paciente: Formula Medica, Folleto de Cuidados PostQuirurgicos. Hora de Egreso: 09:30 . Observaciones Recuperacion: No Aplica..recuperacion.....RODOLFO ERAZO.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2021/06/23

Firma del Médico	Registro Médico
ENFERMERIA ENFERMERIA	Especialidad: ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA
C.C: 38554138	

Profesional Origen: ANA MILENA LEON **Profesional Modifica:** RODOLFO ANDRES ERAZO NARVAEZ

Fecha Cierre: 2021/06/23 **Hora Cierre:** 09:04:44 **Profesional Cierre:** ENFERMERIA ENFERMERIA **Esp:** ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA **Registro:**

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/06/23

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

DESCRIPCION QUIRUGICA

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Diagnóstico Prequirúrgico:	OTROS GLAUCOMAS
Procedimiento Programado::	124304 ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA
Lateralidad Órgano:	Órgano Derecho
Descripción Quirúrgica:	BAJO TECNICA ASEPTICA ABIERTA, SE REALIZA APLICACION G PROBE PARALELA AL LIMBO, REALIZO 20 APLICACIONES RESPETANDO MERIDIANOS 3 Y 9 , SIN COMPLICACIONES, PODER 1800 MW DURACION 3 SEGUNDOS. SE COLOCA INYECCION SUBCONJUNTIVAL POR INFLAMACION POST QUIRURGICA. OCLUSION. PACIENTE TOLERA MUY BIEN PROCEDIMIENTO. PIO PRE QX 40MMHG
Condición Post-Operatorio:	BUENO
Anestesiólogo:	DR CERON
Anestesia:	PERIBULBAR
Riesgo:	2
Ayudante:	NO
Procedimiento Realizado 1::	124304 ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA
Observaciones:	CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL OD
Tejidos Enviados a Patología:	NO

CONDUCTA

Conducta:	TRAER GOTAS MAÑANA JUEVES 24 DE JUNIO 2.021 , A LAS 9:00 AM CONS. 203 SEGUNDO PISO. REPOSO ABSOLUTO. NO DESPARCHARSE
Medicamentos:	ENVIO ACETAMINOFEN TABLETAS Y PREDNISOLONA GOTAS POST OPERATORIO.

Firma del Médico	Registro Médico
	17205
PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI	**Especialidad**
C.C: 16594758	OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 2021/06/23 **Hora Cierre:** 08:37:04 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

PROGRAMACIÓN SEGURA

Clínica Visual & Auditiva
Ojos · Oídos · Nariz · Garganta

Desiderio Hernandez

NOMBRE DEL PACIENTE

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS Lod 4

- ✓ Validar plataforma
- ✓ Autorizaciones
- ○ Documentación (H.C, Consent. Inf, Copia cedula, ctc, mipres, anexo 3)
- ○ Insumo especial _____
- ○ Observaciones y Recomendaciones _____

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Laimu

- ○ Programación del procedimiento en Servinte
- ○ Insumo especial _____
- ○ Se envía correo a almacén de cirugía
- ○ Observaciones y Recomendaciones _____

CONFIRMACIÓN _____

- ○ Observaciones Servinte
- ○ Insumo especial y/o lentes _____
- ○ Se confirma cirugía vía telefónica _____

PRE-QUIRÚRGICA YPO

- ✓ Validar Consentimiento Informado diligenciado
- ✓ Revisar (HC, Biometría, insumos, Exámenes)
- ✓ Revisar fecha de cirugía frente a orden
- ○ Informar a programación de cancelación de usuario
- ✓ Imprimir HC de Anestesia

FILTRO _____

- ○ Revisar Historia Clínica completa
- ○ Pasar HC a almacén por insumo especial

ALMACÉN _____

- ○ Insumo especial en Físico
- ○ Tipo de Insumo _____
- ○ Observaciones _____

Lista chequeo egreso de usuarios

Clínica Visual & Auditiva

FECHA: 23 de Junio 2021.

Nombre usuario: Manuel Desiderio Hernan

Se entrega al familiar o al usuario:

- ✓ Formula Medica
- ○ Incapacidad
- ○ Copia de Nota Operatoria
- ○ Muestra o patología
- ○ Rotulo de patología corresponde con el paciente indicado
- ○ Familiar del usuario revisa datos del rotulo de patología y confirma veracidad
- ○ Anexo 3 en caso de entrega de patología al usuario
- ○ Patología queda bajo custodia de la clínica Visual y Auditiva
- ✓ Folleto con recomendaciones medicas y signos y síntomas de alarma
- ✓ Fecha de cita de control
- ○ Ayudas diagnosticas: _____
- ○ Resultados exámenes de laboratorio
- ✓ Paz y Salvo

Usuario sale del área de cirugía:

- ✓ En compañía del familiar
- ✓ En silla de ruedas
- ○ En brazos de los padres
- ○ En camilla
- ○ Remitido a otra institución



Observaciones:
TA: 140/95 Glucometria 140
Fc: 80.

Nombre Auxiliar Enf Yuncha Avila.

Firma del Usuario o familiar responsable:

Julieta Rios Osorio

49

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CALI : Calle 5 B2 No. 37A - 50
PBX: 514 02 33 / 18. Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

ISO 9001 icontec Código No. 2592-1

NOTAS DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

HISTORIA CLÍNICA No. 94432656

DÍA	MES	AÑO
23	06	2021

Inicio de : 8:20 am
Terminado: 8:26 am

NOMBRE PTE	Manuel Bordeno
APELLIDOS	Hernandez
CAMILLA	Silla 701
CIRUGÍA REALIZADA	Oclefotocoagulacion Transcleral OD

LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

	SI	NO	OBSERVACIONES:
CARGA LOTE			
FECHA DE ESTERILIZACIÓN	✓		
EMPAQUE DE PAQUETE	✓		
INTEGRIDAD DE PAQUETE	✓		
CONDICIÓN INSTRUMENTAL ACEPTABLE	✓		
NOMBRE DE RESPONSABLE	✓		VGa

DESCRIPCIÓN	CARGA		LOTE		EMPAQUE
	SI	NO	SI	NO	

CONTROL DE INDICADOR QUÍMICO Y DE EXPOSICIÓN

INDICADOR DE PAQUETE DESECHABLE



INDICADOR INSTRUMENTAL

INDICADOR DE VAPOR

INDICADOR DE PLASMA

INDICADOR E.T.O

Viviana Galan

Nombre Instrumentador Responsable

Firma

CONTEO DE MATERIA DE CURACIÓN Y ELEMENTOS CORTOPUNZANTES

ELEMENTOS DEL CONTEO	CONTEO INICIAL	ELEMENTOS ADICIONALES	CONTEO FINAL	CORRECTO	INCORRECTO	NOMBRE
GASAS						
MECHAS						
TORUNDAS						
ALGODONES						
COTONOIDES						
AGUJAS	3	-	3	-		VGC
HOJAS DE BISTURÍ						
HILADILLAS						
ESCLEROTOMO						

EN CASO DE TAPONAMIENTO

No. GASAS	No. MECHAS	UBICACIÓN

EQUIPOS

NOMBRE	COMPLETO	INCOMPLETO	
Ptengraft 8	—		

MUESTRAS TOMADAS

PATOLOGÍA	CULTIVOS

IMPRESO POR: LITOGRAFÍA STAR SERVICE S.A.S Código P000598

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

Carrera 38 No. 5B1-39 - PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
CALI - COLOMBIA

ISO 9001 icontec
Código No. 2592-1

Nombre: Manuel Desiderio Hernandez R

Documento de Identidad 94432656 Fecha. Junio-23/21

LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD QUIRURGICA DE LOS PACIENTES

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

- [x] El paciente ha confirmado:
  - Su identidad
  - El lugar del cuerpo
  - La operación
  - Su consentimiento
- [ ] Marca en el lugar del cuerpo
- [x] Si OD
- [ ] No

Firma Aux. Filtro: Suyuly Cn

- [x] Verificar identidad paciente
- [x] Verificar el lugar del cuerpo
- [x] El pulsoxímetro está puesto en el paciente y funcionando.

Firma Aux. Bloqueo:

VoBo Jefe de área:

Tiene el paciente alguna alergia conocida?

- [x] Si
- [x] No
- [x] Verificar que los equipos y la medicación anestésica estén completos

Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración?

- [x] Si
- [ ] No

Firma Anestesiólogo:

ANTES DE LA INSICIÓN CUTANEA

PAUSA

- [x] Confirmar que todo el personal se ha identificado por su nombre y función.
- [x] El cirujano confirma
  - [x] Identidad del paciente
  - [x] El lugar del cuerpo
  - [x] La operación

Administración de profilaxis Antibiótica:

- [ ] Si
- [x] No

Imágenes Dianósticas

- [ ] Si
- [x] No

Presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación.

- [ ] Si
- [x] No

Pedro Ignacio Cadena Oftalmologo R.M. 7205

Firma Cirujano:

Se ha confirmado la esterilidad del equipo e instrumentos?

- [x] Si
- [ ] No
- [x] Verificar que los equipos y el material están completos

Firma Instrumentadora:

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

SALIDA

La auxiliar confirma verbalmente con el personal

- [x] Nombre de la operación registrada

Rotulación de muestras

- [ ] Si
- [x] No aplica

- [x] Si
- [ ] No

Los recuentos de los instrumentos, e insumos son complejos

Firma Auxiliar Sala:

Firma Instrumentadora:

TA 147/99
FC 87x'
Ayuno 18:30
Alergia (-)
Glucometria: 149 mg/dL
Cita: 7:00 am

IMPRESO POR: SIT SAS

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

UNIDAD MEDICA VISUAL Y AUDITIVA

CALI PRINCIPAL: Calle 5B2 No. 37A - 50 PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

MEDICACIÓN PRE-ANESTESICA CIRUGIA AMBULATORIA

DIA	MES	AÑO
23	06	2021

FOLIO No. 47

HISTORIA CLINICA NO. 94 482 656

FECHA	MEDICACION PRE-ANESTESICA	MGS.	VIA	HORA	EFECTO
	Midazolam 4g	1			SUEÑO
	Fentanil 50mg	1			INSUFIC.
	Petohd 100mg	CT			DEPRIM.

Hernandez Manuel
1er. APELLIDO 2do APELLIDO NOMBRES

6 Guanami
SERVICIO SALA O CUARTO CAMA

EDAD	SEXO M	SEXO F	PESO	TEMP.	ASA 1	2	3	4	5	ELECTIVA	URGENCIA
46			60 KG.	N							X

SALA No. 01 RESPONSABLE Doomen

AGENTES HORA 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45

TA
PULSO
INDUCCION X
INCISION
FIN.ANES.
RESP
TEMP.
PV
FOTO

38 36 34 32 30 28 26
210 200 180 160 140 120 100 80 60 40
21VP 19 17 15 13 11 9 7 5 3 EXP 20ASIS. 1CONT.

POSICION
INFUSION
PERDIDA
DIURESIS

X INDUCCION	RAPIDA	LENTA
1	Acetaminofen	
2	1gr V.O	
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

TECNICAS		
GENERAL		CONDUCTIVA
ABIERTO	CERRADO	EPIDURAL
SEMI		SUBARACNOIDEA
CIRCULAR	VAIVEN	CAUDAL
UNIDIRECCIONAL		BLOQUEO PLEXO
MASCARA		SIMPLE
TUBO No.		CONTINUA
OT	NT	AGUJA No.
MANGUITO		NIVEL
TOPICA		ALTURA PUNCION
TECNICA ESPECIAL		

COMPLICACIONES
Bloqueo fallido
de cateter epidural
a dosis total

LIQUIDOS	TIEMPO	HRS.	MIN.
SSN	ANESTESIA		
LR			
MANITOL			
DEXTROSA			
TOTAL			

DIAGNOSTICO

OPERACION Cuello Toracotomia

CIRUJANO Dr. F Quevedo

ANESTESIOLOGO Dr. J Cenon

INSTRUMENTADORA V. Galan

CIRCULANTE S. Tomas.

RECUPERACION POST- ANESTESICA

			LLEGADA	½ HORA	1 HORA	2 HORAS
ES CAPAZ DE MOVER:	**4 EXTREMIDADES** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	2				
ES CAPAZ DE MOVER:	**2 EXTREMIDADES** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	1 ACTIVIDAD	2	2	2	
NO ES CAPAZ DE MOVER:	NINGUNA **EXTREMIDAD** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	0				
ES CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE Y TOSER		2				
DISNEA O RESPIRACION LIMITADA		1 RESPIRACION	2	2	2	
APNEA		0				
TENSION ARTERIAL: 20% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO		2				
TENSION ARTERIAL: 20%-50% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO		1 CIRCULACION	2	2	2	
TENSION ARTERIAL: 50% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO		0				
TOTALMENTE CONSCIENTE		2				
SE DESPIERTA CUANDO LO LLAMAN		1 CONSCIENCIA	2	2	2	
NO RESPONDE		0				
ROSADO		2				
PALIDO CON RONCHAS, CETRINA, ICTERICIA		1 CIRCULACION	2	2	2	
CIANOTICO		0				
DEBE SER DADO DE ALTA EN EL QUE TIENE 8 ó MAS PUNTOS		10				
FUE DADO DE ALTA CON UNA CALIFICACION DE: 10		5 TOTALES	10	10	10	
ESTADO AL SALIR: ~~1~~ VIVO 2 MUERTO		0				

Dr. Johann Cerón
Anestesiólogo
R.M. 761758 - 01

FIRMA Y SELLO ANESTESIOLOGO

SEGUIMIENTO POST-OPERATORIO

	1 SEVERO	2 MODERADO	3 LIGERO	4 NINGUNO
SALIDA DE SANGRE POR INCISION	☐	☐	☐	☑
NAUSEA O VOMITO	☐	☐	☐	☑
DOLOR	☐	☐	☐	☑
FIEBRE	☐	☐	☐	☑
DOLOR DE GARGANTA, TOS	☐	☐	☐	☑

SE ESTA SINTIENDO MEJOR: ~~1~~ SI 2 NO

PRESENTA O TIENE DOLORES MUSCULARES: 1 SI ~~2 NO~~

Rodolfo Arroyo
NOMBRE DE LA ENFERMERA

Rodolfo Arroyo.
FIRMA

OBSERVACIONES: _____

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Clínica Visual & Auditiva

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONTINGENCIA COVID-19

Teniendo en cuenta la actual situación mundial en lo referente a la pandemia por el virus COVID-19, actualmente, el País se encuentra en situación de aislamiento social permanente, ordenado por el Gobierno Nacional (Decreto 531 de 2020), debido a la alta probabilidad de contagio por contacto con personas infectadas.

Considerando lo anterior, yo, Manuel Hernández Ríos identificado con cédula de ciudadanía No. 94432656 de Cali, expongo que acudo, como paciente o acudiente mayor de edad responsable, de manera libre, voluntaria y consciente, al Instituto para Niños Ciegos y Sordos, para atención en salud con el (la) Doctor (a) _____; de igual manera, si se llegase a requerir, a la posterior toma de ayudas diagnósticas, realización de procedimiento quirúrgico o láser y acto anestésico. Declaro que se me ha informado todo lo relacionado con la situación actual de contingencia secundaria a la pandemia generada por el contagio con COVID – 19 de manera amplia, clara y suficiente, y que he entendido, no sólo que, se han utilizado elementos de protección personal (EPP) por parte del profesional (médico) tratante, su asistente y todos los colaboradores de la Clínica Visual y Auditiva del Instituto para Niños Ciegos y Sordos, con el fin de prevenir cualquier tipo de contagio cruzado sin que esto limite la calidad en la atención médica prestada, sino también, de las razones y del uso de las medidas de Bioseguridad en general y mi conexa responsabilidad para advertir el potencial contagio por COVID – 19 y de la posibilidad de ser contagiado (a) por este virus durante mi traslado al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, durante mi atención (en consultorios, salas de cirugía, áreas de ayudas diagnósticas, salas de espera) y al regreso a mi hogar, por lo tanto, **ACEPTO y ASUMO POR COMPLETO y de manera autónoma, consciente y libre, el riesgo que genero de un posible contagio a mí, a mi familia y al personal de atención, así como las consecuencias del mismo** (en caso de estar infectado (a) existe la posibilidad de muerte en el posoperatorio de hasta un 20 a 30%). De igual manera me comprometo a seguir al pie de la letra, todas las recomendaciones e instrucciones de bioseguridad suministradas por el personal de atención de la clínica, impartidas por vía telefónica y presencial, antes, durante y posterior a mi atención médica. Adicionalmente, declaro que se me ha preguntado sobre síntomas respiratorios, contacto con personas sospechosas o positivas para COVID – 19, por medio de una encuesta física establecida por el Instituto para Niños Ciegos y Sordos, que de manera libre y voluntaria, he decidido asumir el riesgo de contagio por COVID – 19 y que libero al profesional que me presta sus servicios en salud, al personal de la Institución y al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, de cualquier efecto legal relacionado con un potencial contagio, consecuencias del mismo durante y después de cualquier procedimiento y acto anestésico y el posible contagio de mi familia por COVID - 19.

Para constancia, se firma en Santiago de Cali, a los 23 días del mes de 06 de 2020.

Manuel Hernández R

Firma del paciente.

Firma del acudiente responsable – mayor de edad (si aplica).

94432656 Cali

Numero de documento de identidad.

45

Instituto Para Niños Ciegos y Sordos Del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

(Otorgado en desarrollo de la Ley 1981 y sus modificaciones)

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

SEGURIDAD

A. Fecha: X 23 Junio 2021 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: X Manuel Hernández Ríos

C. H.C ó Reg. No. 1 94432656 Cali

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor Quevedo para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento: Ciclofotocoagulación Transescleral OD

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de éste procedimiento, también me han aclarado todas las dudas, igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que se requiera anestesia esta sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo escogido por el médico o por el centro y lo autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que consideren mas aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente los posibles riesgos más importantes para la realización de esta cirugía:

4. **Generales:** Infección: _____ Sangrado: _____ Reacción a Anestesia: _____

Oftalmológicas: Pérdida visual parcial o total _____ Hipo o Hipercorrección Muscular: _____
Hemorragia Expulsiva: _____ Desprendimiento de Retina: _____ Edema de la Mácula: _____
Visión Doble: _____ Opacidad Corneal: _____ Glaucoma: _____ Ruptura Capsular: _____
Reacomodación del Lente: _____ Uveítis: X Daño en el iris: _____ Otros: Ptisis Oftalmia Simpatica

Otorrinolaringológicas: Lesión de Nervio parcial o total: _____ Fístula con salida de líquido cerebral: _____ Daño de tejido cerebral: _____ Persistencia de tabique desviado, deformidad, o perforación: _____ Cambios en mi voz: _____ Otros: _____

5. El Doctor queda autorizado para ordenar disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destino de exámenes anatomo patológicos.

6. En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones _____ (si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: _____

7. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Firma del Paciente: _____ Testigo: Julieta Ríos Osario

C.C No. 94432656 Cali C.C No. 31216968

E. Declaraciones y Firmas:

1. Médico (s) responsable (s): He informado al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Pedro Ignacio Quevedo
Oftalmologo
RM 17205

Firma del Profesonal: _____

Documento de Identidad: _____ Fecha: _____

2. Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El Médico me ha explicado de forma safisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por elo Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor (es) _____

_____

y e personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma Familiares: _____ Parentesco: Tía

Testigo: _____ Fecha: _____

NOTA: En caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

49

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
Clínica Visual Y Auditiva

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES DE ANESTESIA

Seguridad

A. Fecha: 21-JUNIO 2024 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: Manuel Hernández Ríos

C. Historia Clínica o Reg. No. CC 94432656 Cali

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor _____ para que por su intermedio en el ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento anestésico.

Anestesia General ☐ Anestesia Con Bloqueo Peribulbar. ☒

Anestesia Con Bloqueo Retrobulbar ☐ Anestesia Raquìdea. ☐

Anestesia Tópica ☐ Anestesia Subtenoniana ☐ Anestesia Regional ☐

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento anestésico, también me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente (colocación de medicación que le permita al cirujano realizar el procedimiento sin que me produzca dolor) y que los posibles riesgos mas importantes son (los marcados con X):

- Sangrado X
- Mareo X
- Náusea ó Vómito X
- Depresión Respiratoria X
- Paro Cardiaco X
- Dolor de Cabeza X
- Infecciones X
- Hipotensión Arterial X
- Perforación Ocular +
- Hematomas +
- Hipertensión Ocular +
- Espasmo Laringeo ó Broquial _____
- Fiebre Maligna _____

Otros (incluye no mencionados pero reconocidos en evidencia científica): _____

Cód P000623 IMPRESO POR LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S NIT 900.332.530-1 TEL. 895 95 26 CALI

4. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: Manuel Quiñonez C.C Nº 94432656 Cali

Testigo (1) ó Familiar: Julieta Rios Osorio C.C Nº 31216968

Parentesco: Tia

Testigo (2) ó Familiar: _____ C.C Nº _____

Parentesco: _____

E. Declaraciones y Firmas:

1. Medico (s) responsable (s): _____ He informado en fecha inicial del documento al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____ Sello: _____

Documento de Identidad: _____

NOTA: En caso de una menor de 18 años o persona inhabilitada para firmar, debe firmar un tutor legal o familiar.

1. Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Cód P00623 IMPRESO POR: LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S NIT 900.332.530-1 TEL. 895 95 26 CALI

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

HISTORIA CLINICA DE PREANESTESIA Y PREQUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/06/21

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	JOHANN SMITH CERON ARIAS		

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Antecedentes Patológicos: DIABETES MELLITUS TIPO 2, NIEG AOTRAS PATOLOGIAS

REVISION DE SISTEMAS POSITIVO

Cardiovascular: NO
Respiratorio: NO
Neurológico: NO
Otros: PRIMERA DOSIS COVID 19

ANTECEDENTES

Antecedentes Farmacológicos(Dosis/Tiemp): METFORMIAN AELALAPRIL CIPLAGALPTINA, ATORVASTATINA
Antecedentes Quirúrgicos: Niega
Antecedentes Alérgicos: Niega
Otros Antecedentes: EF: 2

EXAMEN FISICO

Frecuencia Cardíaca: 85
Tensión Arterial (Mm/Hg): 168/78
Dientes Postizos - Protesis Dental: No
Mallampati: Clase 1
Diametro Tiromentoniano: >6
Apertura Oral: >4
Hallazgos Especiales: AUSUCCLATACION CRADIOPULMONAR NORMAL

RESULTADOS DE LABORATORIO

P. de Orina: Normal
Electrocardiograma: Normal
OBSERVACIONES: NO REQUIERE

DIAGNOSTICOS

Causa Externa: Enfermedad general
Tipo de Dx: Confirmado repetido
Dx: H408 OTROS GLAUCOMAS
Clase: Principal
Dx Ingreso/Egreso: Ingreso

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE PREANESTESIA Y PREQUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/06/21

Remitido:	No
INFORMACION ADICIONAL	
Clasificación ASA:	2
Plan de Manejo:	SE PUEDE PROGRAAMR CON ANETSTEIS ALOCAL Y SEDACION SE EXPLICA TECNICA Y REISGOS ENTIENDE Y ACEPTA
Tipo de Anestesia:	Local con Sedación
Nada por Vía Oral:	Si
Historia Revisada:	Si
Consentimientos Firmados:	Si
Explicación al paciente del riesgo y anestesia:	Si
Condiciones Satisfactorias para Administrar Anestesia:	Si
Recomendación con Medicamentos:	SE DILIGENCIA TES DE FRAGILIDAD
Fecha - Hora de Cirugía:	23/06/21 7AM
Acompañante:	3053976658-3192408371
Cirujano:	DR QUEVEDO
Procedimiento Programado::	124304 ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA

Firma del Médico	Registro Médico
JOHANN SMITH CERON ARIAS	13-7861
C.C: 94527769	**Especialidad**: ANESTESIOLOGIA

Profesional Origen: JOHANN SMITH CERON ARIAS **Profesional Modifica:** JOHANN SMITH CERON ARIAS

Fecha Cierre: 2021/06/21 **Hora Cierre:** 09:09:32 **Profesional Cierre:** JOHANN SMITH CERON ARIAS **Esp:** ANESTESIOLOGIA **Registro:** 13-7861

42

Clínica Visual & Auditiva

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel Hernández **Nº DOCUMENTO** 94432656

EDAD 46 **SERVICIO AL QUE ASISTE** _____ **FECHA** Jun

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal (*Moco)* en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuarentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

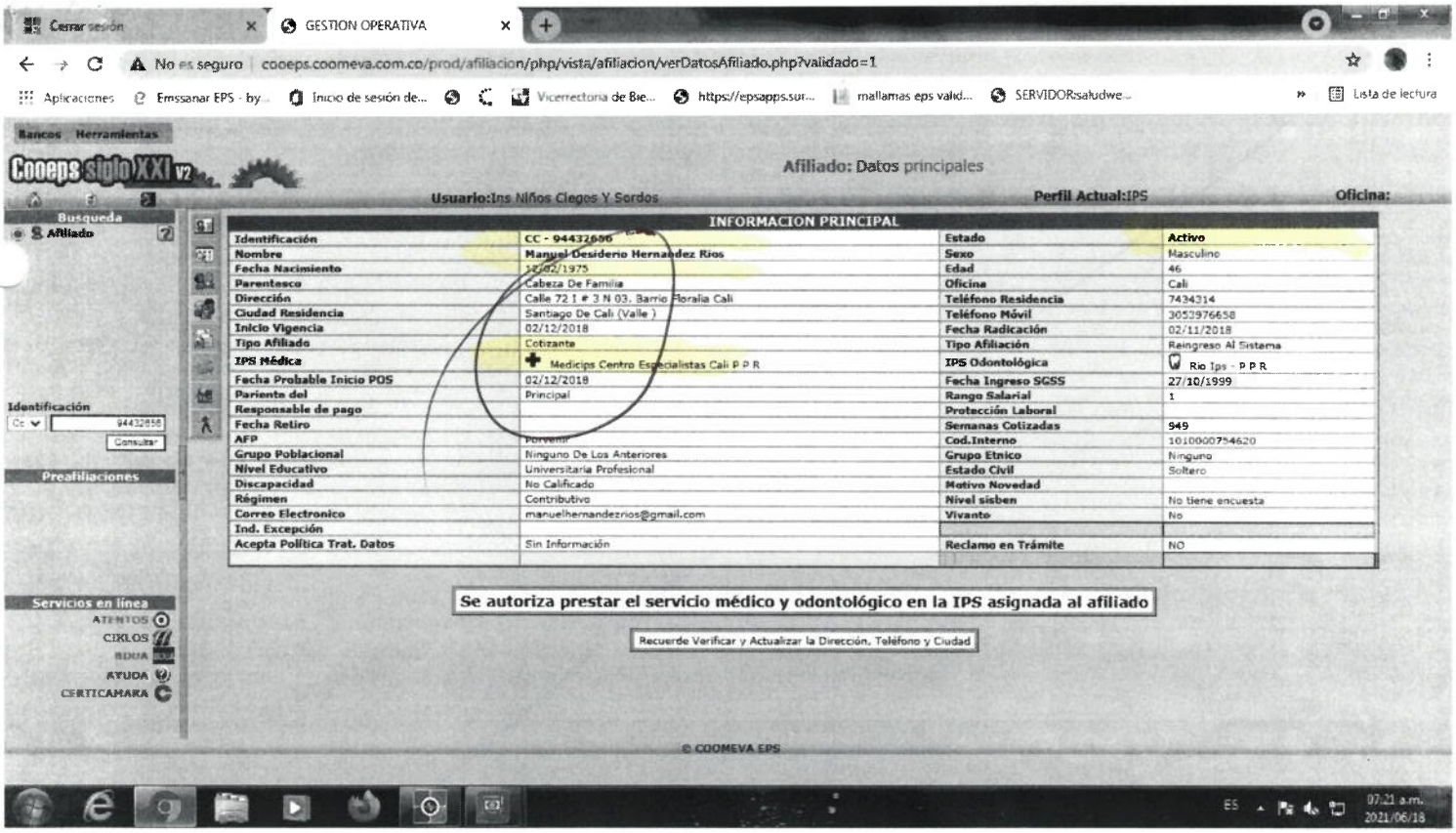
Yo, Manuel Hernández R. certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la Institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la Institución puede desistir de brindarme el servicio.

Manuel Hernández R

Firma Paciente o Responsable

Realizada PRESENCIAL ☐ TELEFÓNICA ☐ Responsable

P.Ctc OK
18-06-21


Cerrar sesión
GESTION OPERATIVA
No es seguro
cooeps.coomeva.com.co/prod/afiliacion/php/vista/afiliacion/verDatosAfiliado.php?validado=1
Bancos Herramientas
Cooeps siglo XXI v2
Afiliado: Datos principales
Usuario:Ins Niños Ciegos Y Sordos
Perfil Actual:IPS
Oficina:
Busqueda
Afiliado
Identificación
94432656
Consultar
Preafiliaciones
Servicios en línea
ATENTOS
CIKLOS
BDUA
AYUDA
CERTICAMARA
INFORMACION PRINCIPAL
Identificación
CC - 94432656
Estado
Activo
Nombre
Manuel Desiderio Hernandez Rios
Sexo
Masculino
Fecha Nacimiento
12/02/1975
Edad
46
Parentesco
Cabeza De Familia
Oficina
Cali
Dirección
Calle 72 I # 3 N 03. Barrio Floralia Cali
Teléfono Residencia
7434314
Ciudad Residencia
Santiago De Cali (Valle)
Teléfono Móvil
3053976658
Inicio Vigencia
02/12/2018
Fecha Radicación
02/11/2018
Tipo Afiliado
Cotizante
Tipo Afiliación
Reingreso Al Sistema
IPS Médica
Medicips Centro Especialistas Cali P P R
IPS Odontológica
Rio Ips - P P R
Fecha Probable Inicio POS
02/12/2018
Fecha Ingreso SGSS
27/10/1999
Pariente del
Principal
Rango Salarial
1
Responsable de pago
Protección Laboral
Fecha Retiro
Semanas Cotizadas
949
AFP
Porvenir
Cod.Interno
1010000754620
Grupo Poblacional
Ninguno De Los Anteriores
Grupo Etnico
Ninguno
Nivel Educativo
Universitaria Profesional
Estado Civil
Soltero
Discapacidad
No Calificado
Motivo Novedad
Régimen
Contributivo
Nivel sisben
No tiene encuesta
Correo Electronico
manuelhernandezrios@gmail.com
Vivanto
No
Ind. Excepción
Acepta Política Trat. Datos
Sin Información
Reclamo en Trámite
NO
Se autoriza prestar el servicio médico y odontológico en la IPS asignada al afiliado
Recuerde Verificar y Actualizar la Dirección, Teléfono y Ciudad
© COOMEVA EPS
ES
07:21 a.m.
2021/06/18

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE LASER

Fecha de Apertura: 2021/06/17

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
	H408 OTROS GLAUCOMAS
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Anestesiólogo:	NO
Anestesia:	GOTAS
Riesgo:	2
Ayudante:	NO
Procedimiento Realizado 1::	127501 TRABECULOPLASTIA CON LASER
Observaciones:	T/PLASTIA OI

HALLAZGOS

Hallazgos Operatorios:	NO
Tejidos Enviados a Patología:	NO

TECNICA UTILIZADA

Energía OI:	0.7
Pulso OI:	1
Número de Disparos OI:	75

OTROS

Complicaciones:	NO
Condición Post-Operatorio:	BUENO
Dx. Post - Operatorio Definitivo:	IGUAL
Instrucciones al Paciente:	REPOSO RELATIVO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE LASER

Fecha de Apertura: 2021/06/17

Firma del Médico	Registro Médico
	17205
	Especialidad
PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI	OFTALMOLOGIA
C.C: 16594758	

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 2021/06/17 **Hora Cierre:** 16:59:34 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

LISTA DE CHEQUEO PARA PROCEDIMIENTO DE LASER

INGRESO

Antes del procedimiento
Auxiliar de Enfermería

EL PACIENTE HA CONFIRMADO:

- ☑ Identidad
- ☑ Procedimiento a realizar
- ☑ Sitio del procedimiento
- ☑ Consentimiento informado firmado

Se marca lateralidad:

☐ OD ☑ OI ☐ AO

Se administran gotas según indicación del Medio tratante:

☐ Midriáticas ☐ Mióticas

Firma Auxiliar Enfermería

PAUSA

Antes de realizar los disparos del equipo cirujano

EL CIRUJANO CONFIRMA:

- ☑ Identidad
- ☑ Procedimiento a realizar
- ☑ Lateralidad
- ☑ Colocación y verificación de parámetros
- ☑ Disparos de prueba

Observaciones:

Firma del Cirujano

Pedro Ignacio Quevedo
Oftalmólogo
RM 17205



SALIDA

Antes de la salida del paciente del consultorio Cirujano y Auxiliar

SE REALIZA PROCEDIMIENTO:

- ☑ SI
- ☐ NO

Complicación durante el procedimiento

- ☐ SI
- ☑ NO
- ☑ Se hace entrega de recomendaciones

Post procedimiento y formúla médica

Observaciones:

Aplicia AO OI.
Temp 36.2

031227

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
Síguenos en @clinicavisualyauditiva

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto Para Niños Ciegos y Sordos Del Valle Del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

(Otorgado en desarrollo de la Ley 1981 y sus modificaciones)

40

Seguridad

A. Fecha: 17 JUN 2021 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: Manuel Desiderio Hernández Ríos

C. H. C ó Reg. No. 94432656

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor Quevedo para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento: Trabeculoplastia OI.

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento, también me han aclarado todas las dudas, igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que se requiera anestesia esta sea aplicada por parte de un medico anestesiólogo escogido por el médico o por el centro y lo autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que consideren mas aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente los posibles riesgos mas importantes para la realización de esta cirugía:

4. **Generales:** Infección: ____ Sangrado: ____ Reacción a Anestesia: ____

Oftalmológicas: Perdida visual parcial o total __x__ Hipo o Hipercorrección Muscular: ____ Hemorragia expulsiva: ____ Desprendimiento de Retina: ____ Edema de la Macula: ____ Visión Doble: ____ Opacidad Corneal: ____ Glaucoma: ____ Ruptura Capsular: ____ Reacomodación del Lente: ____ Uveítis: __x__ Daño en el Iris: ____ Otros: Reintervención

Otorrinolaringológicas: Lesión de Nervio parcial o total: ____ Fistula con salida de liquido cerebral: ____ Daño de tejido cerebral: ____ Persistencia de tabique desviado, deformidad, o perforación: ____ Cambios en mi voz: ____ Otros: ____

5. El Doctor queda autorizado para ordenar disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destino de exámenes anatomo patológicos.

6. En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones ____ (si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: ____

IMPRESO POR: LITOGRAFÍA STAR SERVICE S.A.S Código P000622

7.Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: Manuel Ortiz R. Testigo: _____

C.C Nº 94432656 Cali C.C Nº

E. Declaraciones y Firmas:

1.Medico (s) responsable (s): He informado al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____

Pedro Ignacio Quevedo
Oftalmóiogo
R.M 17205

Documento de Identidad: _____ Fecha: _____

2.Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente_____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo_____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

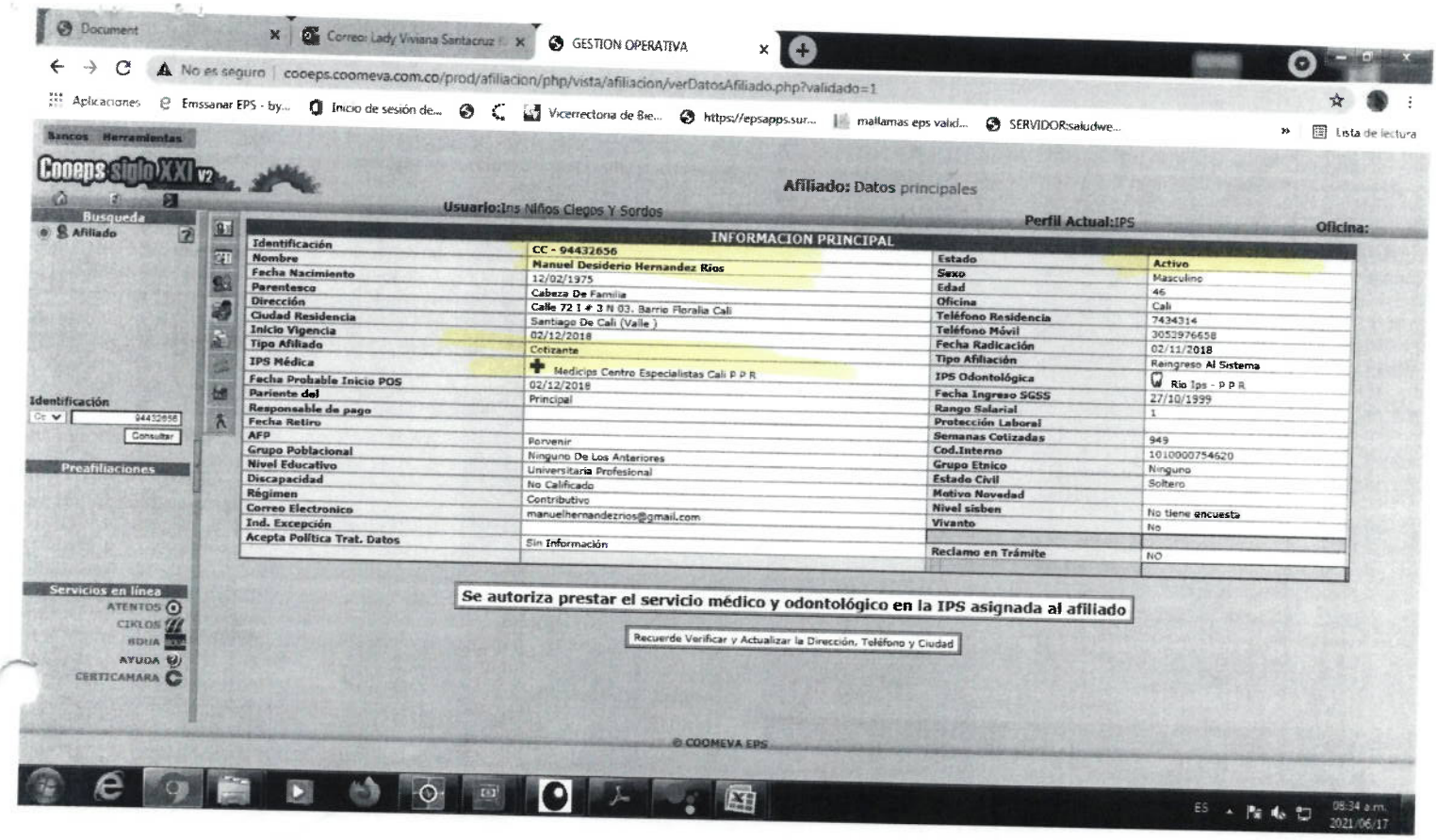
_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma Familiares: _____ Parentesco: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

NOTA: En caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.


Document
Correo: Lady Viviana Santacruz
GESTION OPERATIVA
No es seguro | cooeps.coomeva.com.co/prod/afiliacion/php/vista/afiliacion/verDatosAfiliado.php?validado=1
Aplicaciones
Emssanar EPS - by...
Inicio de sesión de...
Vicerrectoria de Bie...
https://epsapps.sur...
mallamas eps valid...
SERVIDOR:saludwe...
Lista de lectura
Bancos Herramientas
Cooeps siglo XXI v2
Usuario:Ins Niños Ciegos Y Sordos
Afiliado: Datos principales
Perfil Actual:IPS
Oficina:
Busqueda
Afiliado
Identificación
Consultar
Preafiliaciones
Servicios en línea
ATENTOS
CIKLOS
RDIA
AYUDA
CERTICAMARA
INFORMACION PRINCIPAL
Identificación
CC - 94432656
Nombre
Manuel Desiderio Hernandez Rios
Fecha Nacimiento
12/02/1975
Parentesco
Cabeza De Familia
Dirección
Calle 72 1 # 3 N 03. Barrio Floralia Cali
Ciudad Residencia
Santiago De Cali (Valle)
Inicio Vigencia
02/12/2018
Tipo Afiliado
Cotizante
IPS Médica
Medicips Centro Especialistas Cali P P R
Fecha Probable Inicio POS
02/12/2018
Pariente del
Principal
Responsable de pago
Fecha Retiro
AFP
Porvenir
Grupo Poblacional
Ninguno De Los Anteriores
Nivel Educativo
Universitaria Profesional
Discapacidad
No Calificado
Régimen
Contributivo
Correo Electronico
manuelhernandezrios@gmail.com
Ind. Excepción
Acepta Política Trat. Datos
Sin Información
Estado
Activo
Sexo
Masculino
Edad
46
Oficina
Cali
Teléfono Residencia
7434314
Teléfono Móvil
3052976658
Fecha Radicación
02/11/2018
Tipo Afiliación
Reingreso Al Sistema
IPS Odontológica
Rio Ips - P P R
Fecha Ingreso SGSS
27/10/1999
Rango Salarial
1
Protección Laboral
Semanas Cotizadas
949
Cod.Interno
1010000754620
Grupo Etnico
Ninguno
Estado Civil
Soltero
Motivo Novedad
Nivel sisben
No tiene encuesta
Vivanto
No
Reclamo en Trámite
NO
Se autoriza prestar el servicio médico y odontológico en la IPS asignada al afiliado
Recuerde Verificar y Actualizar la Dirección, Teléfono y Ciudad
© COOMEVA EPS
ES
08:34 a.m.
2021/06/17

39

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **94.432.656**

HERNANDEZ RIOS
APELLIDOS

MANUEL DESIDERIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1975**
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

31-AGO-1993 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3112100-65129638-M-0094432656-20050308 **00242** 05067A 02 161119243

3053976658
3192408371

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 890.303.395 - 4
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
17 JUN 2021
Yady
RECIBIDO

Confirma pte
junio 17
H: 4:00

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/17

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

POP T/PLASTIA OI
PACIENTE CON DOLOR OCULAR Y PRESION ELEVADA EN OD 40mmHg.
REQUIERE DE MANERA URGENTE CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL EN OD
VALORACION CON ANESTESIOLOGO PREQX
PROCEDIMIENTO A REALIZAR EN SALA DE CIRUGIA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H408 OTROS GLAUCOMAS
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Conducta:	POP T/PLASTIA OI PACIENTE CON DOLOR OCULAR Y PRESION ELEVADA EN OD 40mmHg. REQUIERE DE MANERA URGENTE CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL EN OD VALORACION CON ANESTESIOLOGO PREQX PROCEDIMIENTO A REALIZAR EN SALA DE CIRUGIA
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Urgente
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Procedimiento 1:	124304 ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR VÍA EXTERNA
Cantidad:	1

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/17

Cantidad:	0
Examen 1:	8903023 CONSULTA ESPECIALIZADA PREANESTESICA OFTALMOLOGIA
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	POP T/PLASTIA OI PACIENTE CON DOLOR OCULAR Y PRESION ELEVADA EN OD 40mmHg. REQUIERE DE MANERA URGENTE CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL EN OD VALORACION CON ANESTESIOLOGO PREQX PROCEDIMIENTO A REALIZAR EN SALA DE CIRUGIA

Firma del Médico	Registro Médico
PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI	17205
C.C: 16594758	**Especialidad** OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 2021/06/17 **Hora Cierre:** 09:36:12 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 17/06/2021

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	12/02/1975	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI		

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H408 OTROS GLAUCOMAS
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Diagnóstico Relacionado 2:	Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
Diagnóstico Relacionado 3:	H544 CEGUERA DE UN OJO
Conducta:	PACIENTE CON GNV OD E HIPERTENSION OCULAR OI CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA AO REQUIERE EN FORMA URGENTE TRABECULOPLASTIA LASER SLT OJO IZQUIERDO, OJO UNICO, PARA INTENTAR DISMINUIR PRESION INTRAOCULAR HOY EN 24 MMHG SE EXPLICA PROCEDIMIENTO LASER NO ES PARA MEJORAR VISION, ES PARA INTENTAR DISMINUIR PIO. SE ENTREGA CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO POR EL DR QUEVEDO SE EXPLICAN RIESGOS Y BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO POST CICLOFOTOCOAGULACION TRANSESCLERAL OD URGENTE POR PIO ELEVADA HOY EN 40MMHG Y DOLOR OCULAR. VAL PRE QX. CONTINUAR KRYTANTEK C/12 HORAS OD ENVIO PREDNISOLONA CADA HORA O CADA 2 HORAS OD. NO SE INICIAN HIPOTENSORES A OI TODAVIA
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Urgente
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD BE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 17/06/2021

Procedimiento 1:	127501 TRABECULOPLASTIA CON LASER
Cantidad:	1
Cantidad:	0
Justificación Clínica:	PACIENTE CON GNV OD E HIPERTENSION OCULAR OI CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA AO REQUIERE EN FORMA URGENTE TRABECULOPLASTIA LASER SLT OJO IZQUIERDO, OJO UNICO, PARA INTENTAR DISMINUIR PRESION INTRAOCULAR HOY EN 24 MMHG

Firma del Médico

Pedro Ignacio Quevedo Oftalmólogo R.M. 17205

PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

C.C: 16594758

Registro Médico

17205

Especialidad

OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Profesional Modifica:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI

Fecha Cierre: 17/06/2021 **Hora Cierre:** 08:23:47 **Profesional Cierre:** PEDRO IGNACIO QUEVEDO CELSI **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 17205

Clínica Visual & Auditiva

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel Hernández R **Nº DOCUMENTO** 94432656

EDAD 46 **SERVICIO AL QUE ASISTE** _____ **FECHA** Jun/17/2021

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal *(Moco)* en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuarentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

Yo, Manuel Hernández R. certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la Institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la Institución puede desistir de brindarme el servicio.

Manuel Hernández R

Firma Paciente o Responsable

Realizada PRESENCIAL ☐ TELEFÓNICA ☐ Responsable Jody

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
artamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE DIABETICO DM2 DESDE HACE 20 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE REFIERE QUE REPORTE DE ULTIMA HG 7.6%

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR POR LO QUE SE APLICO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS
ESTA PENDIENTE.

SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO 28/05/2021.
HALLAZGOS: HEMORRAGIA VITREA DENSA ORGANIZADA, DESPRENDIMIENTO DE POLO POSTERIOR DESPRENDIMIENTO TRACCIONAL DE RETINA EN AREA MACULAR Y SOBRE 4 ARCADAS.

Observaciones Plan de Evolución:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

OD: HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL, CÓRNEA OPACA ENGROSADA CON EDEMA MICROQUISTICO, RESTOS HEMATICOS EN PERIFERIA, CÁMARA FORMADA, AFAQUIA.

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 24 MMHG OI: 12 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS OPACOS, CAVIDAD LLENA DE SILICON, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	H405 GLAUCOMA SECUNDARIO A OTROS TRASTORNOS DEL OJO
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020 SE DIO ORDEN PARA CIRUGIA DEL OJO DERECHO EL 14/07/2020 PARA REALIZAR 8 DIAS DESPUES DE LA INYECCION INTRAVITREA DE AFLIBERCEPT SIN EMBARGO HUBO UNA DEMORA ADMINISTRATIVA POR LO QUE SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + ENDOLASER + SILICON OJO DERECHO. EL 28/05/2021. SE DEJO AFACO (NO SE IMPLANTO EL LENTE ARTISAN) POR QUE EL DIA DE LA CIRUGIA SE ENCONTRO GLAUCOMA NEOVASCULAR (VASOS ANOMALOS EN EL IRIS) CON ABUNDATE SANGRADO Y HEMORRAGIA VITREA , ESTO ES UNA COMPLICACION DE LA RETINOPATIA DIABETICA QUE NO SE DETECTO ANTES POR EL RETRASO EN LA CIRUGIA Y LA FALTA DE CONTROLES POR CONSULTA CONTINUAR CON 1. KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO MIPRES N° 20210601133028124379 2. VALRACIÓN POR GLAUCOMA **URGENTE**

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

3. PREDNISOLONA CADA HORA EN OJO DERECHO
4. ACETAZOLAMIDA DE 250 MG CADA 12 HORAS POR 10 DIAS
5.LUCENTIS (RANIBIZUMAB) jeringa precargada 1,65 mg. Ampolla # 1
Aplicar intravítrea en AMBOS OJOS Primera Dosis. PARA MANEJO DE EDEMA MACULAR DIABETICO. MIPRES N° 20210601133028124379
6. CONTROL EN 15 DIAS MARTES 15 DE JUNIO 2021 HORA:2:00 PM

Remitido: No

INFORMACION DE ANEXO 3

[illegible]idad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Cantidad:	0

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2021/06/01 **Hora Cierre:** 16:37:11 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código: 7600105205
artamento: Valle del Cauca - 76
Municipio: Cali - 76001
Número de Solicitud: 0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución: INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE DIABETICO DM2 DESDE HACE 20 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE REFIERE QUE REPORTE DE ULTIMA HG 7.6%

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR POR LO QUE SE APLICO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS
ESTA PENDIENTE.

SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO 28/05/2021.
HALLAZGOS: HEMORRAGIA VITREA DENSA ORGANIZADA, DESPRENDIMIENTO DE POLO POSTERIOR DESPRENDIMIENTO TRACCIONAL DE RETINA EN AREA MACULAR Y SOBRE 4 ARCADAS.

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

OD: HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL, CÓRNEA OPACA ENGROSADA CON EDEMA MICROQUISTICO, RESTOS HEMATICOS EN PERIFERIA, CÁMARA FORMADA, AFAQUIA.

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 24 MMHG OI: 12 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS OPACOS, CAVIDAD LLENA DE SILICON, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Diagnóstico Relacionado 2:	H405 GLAUCOMA SECUNDARIO A OTROS TRASTORNOS DEL OJO
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020 SE DIO ORDEN PARA CIRUGIA DEL OJO DERECHO EL 14/07/2020 PARA REALIZAR 8 DIAS DESPUES DE LA INYECCION INTRAVITREA DE AFLIBERCEPT SIN EMBARGO HUBO UNA DEMORA ADMINISTRATIVA POR LO QUE SE REALIZO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + ENDOLASER + SILICON OJO DERECHO. EL 28/05/2021. SE DEJO AFACO (NO SE IMPLANTO EL LENTE ARTISAN) POR QUE EL DIA DE LA CIRUGIA SE ENCONTRO GLAUCOMA NEOVASCULAR (VASOS ANOMALOS EN EL IRIS) CON ABUNDATE SANGRADO Y HEMORRAGIA VITREA , ESTO ES UNA COMPLICACION DE LA RETINOPATIA DIABETICA QUE NO SE DETECTO ANTES POR EL RETRASO EN LA CIRUGIA Y LA FALTA DE CONTROLES POR CONSULTA CONTINUAR CON 1. KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO MIPRES N° 20210601133028124379

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2021/06/01

2. VALRACIÓN POR GLAUCOMA **URGENTE**
3. PREDNISOLONA CADA HORA EN OJO DERECHO
4. ACETAZOLAMIDA DE 250 MG CADA 12 HORAS POR 10 DIAS
5.LUCENTIS (RANIBIZUMAB) jeringa precargada 1,65 mg. Ampolla # 1
Aplicar intravítrea en AMBOS OJOS Primera Dosis. PARA MANEJO DE EDEMA MACULAR DIABETICO. MIPRES N° 20210601133028124379
6. CONTROL EN 15 DIAS MARTES 15 DE JUNIO 2021 HORA:2:00 PM

Remitido: No

ORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Prioritario
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Procedimiento 1:	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
Cantidad:	2
Cantidad:	0
Examen 1:	8903072 CONSULTA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA
Cantidad:	1
Examen 2:	8903071 CONSULTA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA - RETINOLOGIA
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	SOLICITAR

1. KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO
2. VALRACIÓN POR GLAUCOMA **URGENTE**
3. PREDNISOLONA CADA HORA EN OJO DERECHO
4. ACETAZOLAMIDA DE 250 MG CADA 12 HORAS POR 10 DIAS
5.LUCENTIS (RANIBIZUMAB) AO
6. CONTROL EN 15 DIAS

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2021/06/01 **Hora Cierre:** 16:23:02 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

31

OK ENVIADO 31-05-2021 6:25 P.M. N.O. (28-05-2021)

RV: MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS CC: 94432656 Tutela#310041 Sanción_Solicitud de Historia

Ana Marcela Henao Ovalle <anam_henao@coomeva.com.co>

Lun 31/05/2021 18:19

Para: Luis Fernando Solano Beltran <luis.solano@ciegosysordos.org.co>

1 archivos adjuntos (217 KB)

Manuel Hernandez CC 94432656 Tutela.pdf;

Buenas Tardes Sr. Luis Fernando

Cordial Saludo,

Por medio de la presente solicito su colaboración con la historia clínica de la cirugía realizada el 28 Mayo/2021 a nuestro usuario Manuel Desiderio Hernandez Rios identificado con Cedula: 94432656 quien tiene Tutela#310041 en desacato.

HC. 200311022 7

Se requiere la historia clínica para dar respuesta al juzgado.

Adjunto Tutela.

Agradezco su atención y colaboración

Ana Marcela Henao Ovalle
Auxiliar Tutelas
Oficina Cali
Carrera 61 # 9 - 250 - 5 Piso
Cali, Colombia
anam_henao@coomeva.com.co
www.eps.coomeva.com.co



Este mensaje y cualquier archivo adjunto es considerado confidencial y podría contener información privilegiada y/o reservada del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva, para el uso exclusivo de su destinatario. Si llegó a usted por error, le agradecemos eliminarlo e informar al remitente, absteniéndose de divulgarlo en cualquier forma. Las opiniones contenidas en este mensaje y sus adjuntos no necesariamente coinciden con las posiciones institucionales de la organización.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2021/05/28

Identificación:	CC 94432656	Fecha de Nac.:	1975/02/12
Edad:	46 Años	Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Médico Tratante:	ENFERMERIA ENFERMERIA

Filtro Quirúrgico

Ingreso: Ingresa Paciente al Area de Filtro en compañía de un adulto responsable,se entrega con ropa para cirugía, se orienta que pase al vestier, se lave las manos y la cara retirando maquillaje, joyas, moñas y demas accesorios. Se cambia y se entrega al acompañante los objetos personales. . Confirma conocimiento derechos y deberes: SI. Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Hora de Ingreso: 08:25 . Tensión Arterial (Mm/Hg): 150/108 . Frecuencia Cardíaca: 98 . Glucometría (Mg/dl): 186 . Ayuno: S[illegible]Hora de Ultima Ingesta: 19:00 . Alergías (Especifique): No Presenta . Ingesta de Aspirina y Derivados: No. Laboratorios: No. Imagenes Diagnosticas: No. Marcacion del Sitio Operatorio: Si. Tipo de Pre Medicacion: NA . Consentimiento de Cx Firmado: Si. Consentimiento de Anestesiologo Firmado: Si. Se canaliza: Si. Vena Periferica: MSD. Angiocath: 22. Con: SSN 0.9%. Profilaxis Antibiótica Medicamento: NA . Gotas Administradas: OQSEINA al 0.4%, MYDRIACIL al 1%. Causa de Cancelación: NA . Observaciones: CIRCULANTE: ANA MILENA LEÓN. .

Bloqueo Quirúrgico

Ingreso: Ingresa el paciente al área de bloqueo . Hora de Bloqueo: 09:00 AM . Saturación de Oxigeno: 98% . Frecuencia Cardiaca: (91) Latidos x minuto . Soporte de Oxigeno con mascara facial: a (3) litros por minuto . Se confirma órgano a operar: Organo Derecho. Realiza Asepsia del Area Operatoria con: Isodine Solución. Tipo de Bloqueo: Peribulbar. Anestesiólogo: DRA CANO . Se coloca bloquea sin complicaciones: Si. Medicamentos Administrados: DORMICUM 1 MG EV FENTANYL 50 MCG EV PENTOTAL 100 MG EV . Observaciones: ANDRES LUGO. .

Salas de Cirugia (Circulante)

Paciente Procedente de: Bloqueo. Ingresa a la sala de Cirugia: 3. Hora de Ingreso: 09:20 . Frecuencia Cardiaca: (88) Latidos x minuto . Tensión Arterial (Mm/Hg): 173/104 . Saturación de Oxigeno: (100) % . Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Verificacion del sitio quirurgico: Si. Laboratorios o Ayudas Diagnosticas: No. Lista de Chequeo en Voz Alta: Si. Asepsia del Area Operatoria: OQ seina al 0.4%, Yodopovidona al 0.5% gotas OQ Septic, Isodine Solucion. Area Quirurgica p[illegible]arada por: Instrumentadora, Cirujano, Circulante. Tipo de Anestesia: Regional. Hora de Induccion: 09:00 . Insumo C[illegible]zado Via Aerea: CANULA NASAL. Inicio de Cirugia: 09:30 . Fin de Cirugia: 11:15 . Descripción del Procedimiento: VITRECTOMIA POSTERIOR + EXTRACCION DE LIO + ENDOLASER + SILICON E INYECCION DE AVASTIN OJO DERECHO . Cirujano: DRA JACKELINE VALENZUELA . Anestesiólogo: DRA BLANCA CANO . Instrumentador: LAURA FERNANDEZ . Oclusión Ocular: Si. Lubricacion ocular con viscotears: No. Patologias identificadas: No. Cultivos: No. Liquidos Endovenosos: SSN 0.9 % 250 ML. Herida Quirurgica: Seca y Limpia, Apósito, Protector Ocular. Conteo Final del Instrumento completo: Si. Observaciones: AUX. DANIELA MARMOLEJO. .

Medicamentos Administrados Circulante

Medicamentos Administrados: FENTANYL 50 MCG EV MIDAZOLAN 1 MG EV .

Recuperación

Hora de Ingreso: 11:20AM . Herida Quirurgica: Apósito, Protector Ocular. Seguimiento Post-Operatorio: SE DA SALIDA CON ALDRETE DE 10. Signos Vitales: AL EGRESO . Tensión Arterial (Mm/Hg): 174/109 . Frecuencia Cardíaca: 79X' . Glucometría (Mg/dl): N/A . Saturación de Oxigeno: (100) % .

Medicamentos Administrados Recuperacion

Medicamentos Administrados: N/A .

Observaciones de Recuperacion

Se entrega al Paciente: Formula Medica, Historia Clinica, Folleto de Cuidados PostQuirurgicos. Hora de Egreso: 12:10 .

Observaciones Recuperacion: AUX. MARIA SUGEY CHARA S.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2021/05/28

Firma del Médico	Registro Médico
ENFERMERIA ENFERMERIA	Especialidad: ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA
C.C: 38554138	

Profesional Origen: ANA MILENA LEON **Profesional Modifica:** MARIA SUGEY CHARA

Fecha Cierre: 2021/05/28 **Hora Cierre:** 12:10:13 **Profesional Cierre:** ENFERMERIA ENFERMERIA **Esp:** ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA **Registro:**

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 28/05/2021

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	12/02/1975	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	PARTICULARES
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

DESCRIPCION QUIRUGICA

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Diagnóstico Prequirúrgico:	LUXACION DEL CRISTALINO
Procedimiento Programado::	147403 VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA
Procedimiento Programado 2:	147401 VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES (136)
Procedimiento Programado 3:	147104 VITRECTOMÍA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO
Lateralidad Órgano:	Órgano Derecho
Descripción Quirúrgica:	EXTRACCION DE LENTE SUBLUXADO+ VITRECTOMIA POSTERIOR+ ENDOLASER+ SILICON SIN LIO

*PREVIA ASEPSIA + ANTISEPSIA
*SE COLOCA TEGADERM + BLEFAROSTATO
*SE REALIZA INCISIONES A LAS 3 Y 9H
*SE APLICA VISCOELASTICO
*SE REALIZA INCISION SUPERIOR
*SE EXTRAE LIO SUBLUXADO
SE ENCUENTRA RUBEOSIS IMPORTANTE DEL IRIS, CON SANGRADO PROFUSO SE APLICA VISCOAT FRIO

*ESCLEROTOMIA CON SISTEMA 23G INFEROTEMPORAL, *SUPERONASAL Y SUPEROTEMPORAL
*SE REALIZA VITRECTOMIA POSTERIOR
*HALLAZGOS: HEMORRAGIA VITREA DENSA ORGANIZADA, DESPRENDIMIENTO DE POLO POSTERIOR DESPRENDMIENTO TRACCIONAL DE RETINA EN AREA MACULAR Y SOBRE 4 ARCADAS
*SE REALIZA VITRECTOMIA Y SE LIMPIA BASE DEL VITREO BAJO INDENTACION
** SE REALIZA ENDOLASER PANFOTOCOAGULACION
*SE ASPIRA VISCOELASTICO
*SE HIDRATAN INCISIONES SE DEJA BURBUJA DE AIRE EN CAMARA ANTEROR QUE DETIENE SANGRADO EN PERIFERIA DE CAMARA
*SE REALIZA INTERCAMBIO LIQUIDO/AIRE
*SE INYECTA AVASTIN Y SILICON 5000
*SE RETIRAN TROCARS
* SE SUTURAN ESCLEROTOMIAS
*ANTIBIOTICO SUBCONJUNTIVAL

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 28/05/2021

Condición Post-Operatorio:	BUENO
Anestesiólogo:	CANO
Anestesia:	LOCAL
Riesgo:	2
Ayudante:	NO
Procedimiento Realizado 1::	147403 VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA
Procedimiento Realizado 2::	147401 VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES (136)
Procedimiento Realizado 3::	147104 VITRECTOMÍA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO
Procedimiento Realizado 4::	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
Tejidos Enviados a Patología:	NO

CONDUCTA

Conducta:

POSICION BOCA ABAJO
RETIRAR PARCHE MAÑANA
CONTROL MARTES 3PM

FORMULA
LLAMAR CALL CENTER 4862034 O COMPRAR EN DROGUERIA DEL INSTITUTO

2. CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA (SOPHIXIN DX) COLIRIO OFTALMICO # 1. APLICAR UNA GOTA CADA 3H EN OJO OPERADO
3. ACETAMINOFEN TABLETAS 500MG # 8. TOMAR UNA TABLETA CADA 6H SI DOLOR
4. PREDNISONA TABLETAS 50MG. TOMAR 1 TABLETA DIA POR 5 DIAS.
6. KRYTANTEK COLIRIO. APLICAR UNA GOTA CADA 12H HASTA NUEVA ORDEN

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 28/05/2021 **Hora Cierre:** 11:30:20 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

PROGRAMACIÓN SEGURA

Clínica Visual & Auditiva

Manuel Desiderio Hernandez

NOMBRE DEL PACIENTE

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS Elaine

- ✓ Validar plataforma
- ✓ Autorizaciones
- ✓ Documentación (H.C, Consent. Inf, Copia cedula, ctc, mipres, anexo 3)
- ○ Insumo especial _____
- ○ Observaciones y Recomendaciones _____

OK Biometria

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA _____

- ○ Programación del procedimiento en Servinte
- ○ Insumo especial Lente Artisan
- ○ Se envía correo a almacén de cirugía
- ○ Observaciones y Recomendaciones _____

CONFIRMACIÓN _____

- ○ Observaciones Servinte
- ○ Insumo especial y/o lentes _____
- ○ Se confirma cirugía vía telefónica _____

PRE-QUIRÚRGICA _____

- ○ Validar Consentimiento Informado diligenciado
- ○ Revisar (HC, Biometría, insumos, Exámenes)
- ○ Revisar fecha de cirugía frente a orden
- ○ Informar a programación de cancelación de usuario
- ○ Imprimir HC de Anestesia

FILTRO Daniela

- ✓ Revisar Historia Clínica completa
- ✓ Pasar HC a almacén por insumo especial

ALMACÉN _____

- ○ Insumo especial en Físico
- ○ Tipo de Insumo Artisan Aphakia 17.0
- ○ Observaciones En ~~Espera~~ Fisico

(19-5-2021) 26-5-2021

Clínica Visual & Auditiva

Lista chequeo egreso de usuarios

FECHA: Mayo-28-21

Nombre usuario: Manuel Hernandez

Se entrega al familiar o al usuario:

- ○ Formula Medica
- ○ Incapacidad
- ✓ Copia de Nota Operatoria
- ○ Muestra o patología
- ○ Rotulo de patología corresponde con el paciente indicado
- ○ Familiar del usuario revisa datos del rotulo de patología y confirma veracidad
- ○ Anexo 3 en caso de entrega de patología al usuario
- ○ Patología queda bajo custodia de la clínica Visual y Auditiva
- ○ Folleto con recomendaciones medicas y signos y síntomas de alarma
- ✓ Fecha de cita de control Junio 1-/21 3pm
- ○ Ayudas diagnosticas: _____
- ○ Resultados exámenes de laboratorio
- ✓ Paz y Salvo

El usuario sale del área de cirugía:

- ✓ En compañía del familiar
- ✓ En silla de ruedas
- ○ En brazos de los padres
- ○ En camilla
- ○ Remitido a otra institución



Observaciones: TD: 174/109

F: 79x

Nombre Auxiliar Enf Sandra Herrera

Firma del Usuario o familiar responsable:

Y Julieta Rios Osorio

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oidos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CALI : Calle 5 B2 No. 37A - 50
PBX: 514 02 33 / 18. Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co

ISO 9001 icontec Codigo No. 2592-1

20

NOTAS DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

HISTORIA CLÍNICA No. 94.432-656.

DÍA	MES	AÑO
28	05	2021

Inicia cx: 9:30AM
Termina cx: 11:15 am

NOMBRE PTE	Daniel Desiderio
APELLIDOS	Hernandez
CAMILLA	Sala #3
CIRUGÍA REALIZADA	Vitrectomia Posterior + extracción de LIO + Endolaser + Silicon + Inyeccion Avastin OD

LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

	SI	NO	OBSERVACIONES:
CARGA LOTE	✓		
FECHA DE ESTERILIZACIÓN	✓		
EMPAQUE DE PAQUETE	✓		
INTEGRIDAD DE PAQUETE	✓		
CONDICIÓN INSTRUMENTAL ACEPTABLE	✓		
NOMBRE DE RESPONSABLE	LF		

BEVACIZUMAB 25 mg·mL
Dosis: 2,5 mg Vol: 0,1mL
LOTE: HD270
FF: 07_20 FV: 07_22
ESTABILIDAD FQ 60 DIAS
REALIZAR PURGA
PARA DOSIS 2MG/0.08ML

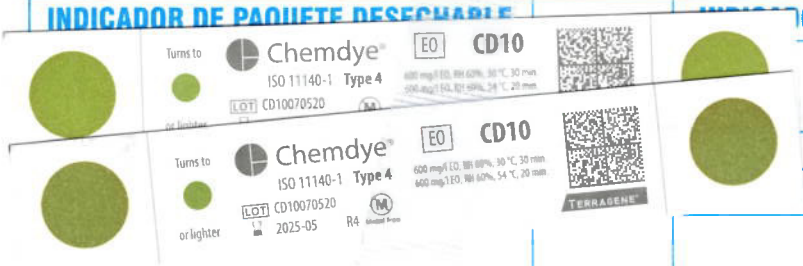
Envasado por: ASISFARMA S.A.
Para: OFTAMED S.A.S.
LOTE: OFTONC210422
FE: 22/04/2021
FV: 21/06/2021
REFRIGERADO 2-8°C
PROTEGIDO DE LA LUZ

micromed CE 0373
PDMS - Olio di Silicone - 10cc - 5000 cSt
REF MMD-675
LOT M675- 3919 2019-09
2024-09
8 033757 396753
Micromed s.r.l. - Italia
Via G. Oberdan, 21 - 00013 Fonte Nuova (RM)

DESCRIPCIÓN	CARGA SI	CARGA NO	LOTE SI	LOTE NO	EMPAQUE

CONTROL DE INDICADOR QUÍMICO Y DE EXPOSICIÓN

INDICADOR DE PAQUETE DESECHABLE



INDICADOR INSTRUMENTAL



INDICADOR DE PLASMA

INDICADOR E.T.O

Nombre Instrumentador Responsable Laura Fernandez

Firma

CONTEO DE MATERIA DE CURACIÓN Y ELEMENTOS CORTOPUNZANTES

ELEMENTOS DEL CONTEO	CONTEO INICIAL	ELEMENTOS ADICIONALES	CONTEO FINAL	CORRECTO	INCORRECTO	NOMBRE
GASAS						
MECHAS						
TORUNDAS						
ALGODONES						
COTONOIDES						
AGUJAS						
HOJAS DE BISTURÍ						
HILADILLAS						
ESCLEROTOMO						

EN CASO DE TAPONAMIENTO

No. GASAS	No. MECHAS	UBICACIÓN

EQUIPOS

NOMBRE	COMPLETO	INCOMPLETO	
Catarata # 3	✓		

MUESTRAS TOMADAS

PATOLOGÍA	CULTIVOS

IMPRESO POR LITOGRAFÍA STAR SERVICE S.A.S Código P000598

27

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

Carrera 38 No. 5B1-39 - PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
CALI - COLOMBIA

ISO 9001 icontec Código No. 2592-1

Nombre: Manuel Domingo Hinestroza Ant.

Documento de Identidad: 94492656 Fecha: 28 05 2014

LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD QUIRURGICA DE LOS PACIENTES

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

☑ El paciente ha confirmado:
- Su identidad
- El lugar del cuerpo
- La operación
- Su consentimiento

☑ Marca en el lugar del cuerpo

☑ Si OD
☐ No

Firma Aux. Filtro: Firma Grea

☑ Verificar identidad paciente
☑ Verificar el lugar del cuerpo
☑ El pulsoxímetro está puesto en el paciente y funcionando.

Firma Aux. Bloqueo: [signature]

VoBo Jefe de área: [signature]

Tiene el paciente alguna alergia conocida?

☐ Si
☑ No
☑ Verificar que los equipos y la medicación anestésica estén completos

Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración?

☐ Si
☑ No

Firma Anestesiólogo: [signature]

Dra. Blanca N. Cano Anestesióloga Reg. 12526 — Unidad Medica Visual & Auditiva

ANTES DE LA INSICIÓN CUTANEA

PAUSA

☑ Confirmar que todo el personal se ha identificado por su nombre y función.

☑ El cirujano confirma
- ☐ Identidad del paciente
- ☐ El lugar del cuerpo
- ☐ La operación

Administración de profilaxis Antibiótica:
☑ Si
☐ No

Imágenes Diagnósticas
☑ Si
☐ No

Presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación
☐ Si
☑ No

Dra. Jackeline Valenzuela Oftalmóloga R. M. 1079 — Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Firma Cirujano: [signature]

Se ha confirmado la esterilidad del equipo e instrumentos?
☑ Si
☐ No
☑ Verificar que los equipos y el material están completos

Firma Instrumentadora: [signature]

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

SALIDA

La auxiliar confirma verbalmente con el personal

☑ Nombre de la operación registrada

Rotulación de muestras
☐ Si
☑ No aplica

☐ Si
☐ No
Los recuentos de los instrumentos, e insumos son complejos

Firma Auxiliar Sala: [signature]

Firma Instrumentadora: [signature]

TA 150/108.

FC 98x1

Ayuno 19:00.

Alergias (-)

Hotación 07:30am
Glucometria: 186mg/dl

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

UNIDAD MEDICA VISUAL Y AUDITIVA

CALI PRINCIPAL: Calle 5B2 No. 37A - 50 PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta

DIA	MES	AÑO
28	05	2021

MEDICACIÓN PRE-ANESTESICA CIRUGIA AMBULATORIA

FOLIO No. 26

HISTORIA CLINICA NO. 94432656

FECHA	MEDICACION PRE-ANESTESICA	MGS.	VIA	HORA	EFECTO
					BUENO
					INSUFIC.
					DEPRIM.

Hernandez — Hameed D.
1er. APELLIDO — 2do APELLIDO — NOMBRES

OAT
SERVICIO — SALA O CUARTO — CAMA

EDAD	SEXO	PESO	TEMP.	ASA						
46	M X F	68 KG.		1 X	2	3	4	5	ELECTIVA	SALA No. 3	RESPONSABLE Cesar C
									URGENCIA		

AGENTES — HORA 9 10 11 (15 30 45)

Xilo 2 ecc
Bisic ecc
Total 1.5

TA X
PULSO ●
INDUCCION X
INCISION ◉
FIN.ANES. (X)
RESP ○
TEMP. △
PV +
FOTO ♂♀

38 210 21VP
36 200 19
34 180 17
32 160 15
30 140 13
28 120 11
26 100 9
80 7
60 5
40 3 EXP
20ASIS.
1CONT.

POSICION
INFUSION
PERDIDA
DIURESIS

X INDUCCION: RAPIDA	LENTA	TECNICAS			COMPLICACIONES
1	Fent 1cc	GENERAL		CONDUCTIVA	
2	Lido 1m	ABIERTO	CERRADO	EPIDURAL	
3	MPS 100 DC	SEMI		SUBARACNOIDEA	
4	Ketamina 50	CIRCULAR	VAIVEN	CAUDAL	
5		UNIDIRECCIONAL		BLOQUEO PLEXO	
6		MASCARA		SIMPLE	
7		TUBO No.		CONTINUA	
8		OT	NT	AGUJA No.	
9		MANGUITO		NIVEL	
10		TOPICA		ALTURA PUNCION	
11		TECNICA ESPECIAL			
12					

LIQUIDOS	TIEMPO	HRS.	MIN.
SSN	ANESTESIA		
LR			
MANITOL			
DEXTROSA			
TOTAL			

DIAGNOSTICO + orquiectomia

OPERACION MPP + Extracc LRD + hosiert Scrotal

CIRUJANO Dr. Valenzuela

INSTRUMENTADORA Lorena.

ANESTESIOLOGO Bocanegra

CIRCULANTE Daniela

RECUPERACION POST- ANESTESICA

			LLEGADA	½ HORA	1 HORA	2 HORAS
ES CAPAZ DE MOVER: **4 EXTREMIDADES** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	2					
ES CAPAZ DE MOVER: **2 EXTREMIDADES** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	1	ACTIVIDAD	2	2	2	
NO ES CAPAZ DE MOVER: NINGUNA **EXTREMIDAD** VOLUNTARIAMENTE O AL ORDENARLO	0					
ES CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE Y TOSER	2					
DISNEA O RESPIRACION LIMITADA	1	RESPIRACION	2	2	2	
APNEA	0					
TENSION ARTERIAL: 20% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO	2					
TENSION ARTERIAL: 20%-50% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO	1	CIRCULACION	2	2	2	
TENSION ARTERIAL: 50% DEL NIVEL PRE-ANESTESICO	0					
TOTALMENTE CONSCIENTE	2					
SE DESPIERTA CUANDO LO LLAMAN	1	CONSCIENCIA	2	2	2	
NO RESPONDE	0					
ROSADO	2					
PALIDO CON RONCHAS, CETRINA, ICTERICIA	1	CIRCULACION	2	2	2	
CIANOTICO	0					
DEBE SER DADO DE ALTA EN EL QUE TIENE 8 ó MAS PUNTOS	10					
	5	TOTALES	10	10	10	
	0					

FUE DADO DE ALTA CON UNA CALIFICACION DE: 10

ESTADO AL SALIR: [X] 1 VIVO [ ] 2 MUERTO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Unidad Medica Visual o Auditiva
Dra. Blanca N. Cano
Anestesióloga
Reg. 12526

FIRMA Y SELLO ANESTESIOLOGO

SEGUIMIENTO POST-OPERATORIO

	1 SEVERO	2 MODERADO	3 LIGERO	4 NINGUNO
SALIDA DE SANGRE POR INCISION	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]
NAUSEA O VOMITO	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]
DOLOR	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]
FIEBRE	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]
DOLOR DE GARGANTA, TOS	[ ]	[ ]	[ ]	[✓]

SE ESTA SINTIENDO MEJOR: [✓] SI [2] NO

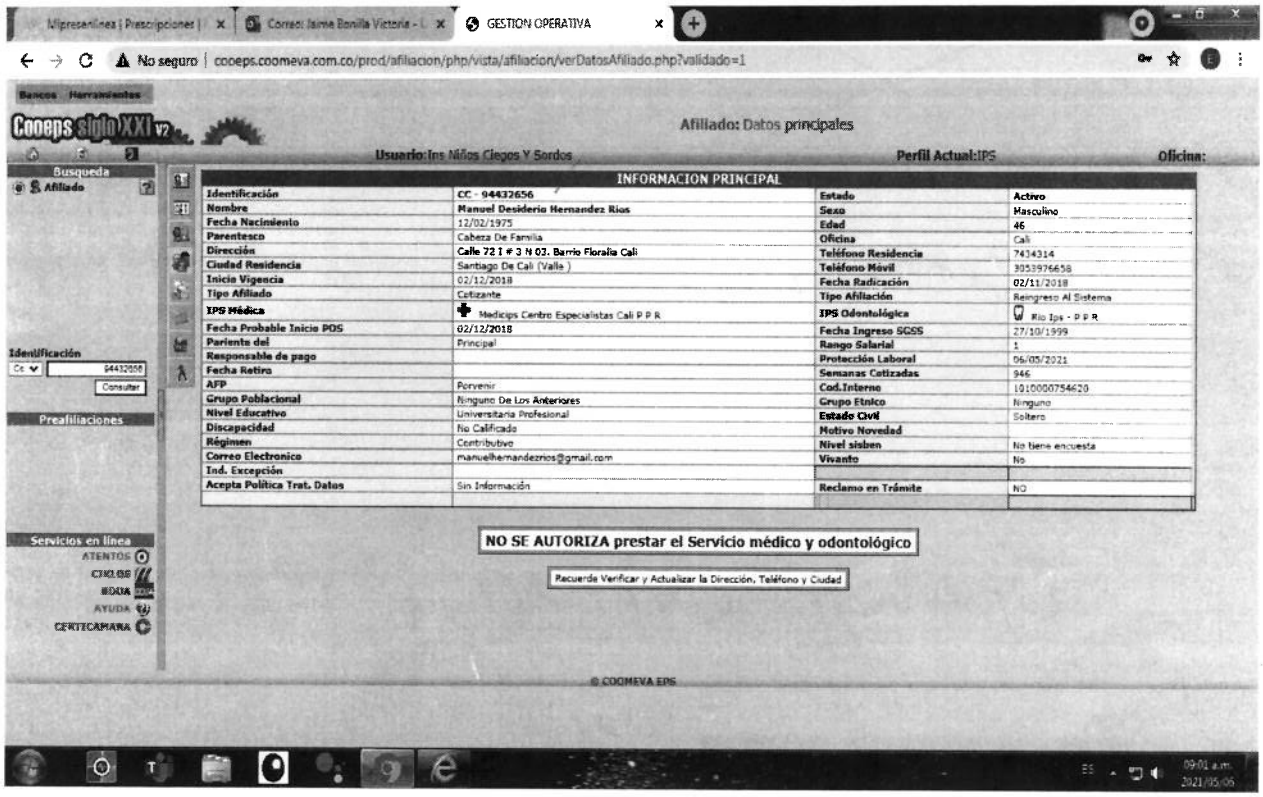
PRESENTA O TIENE DOLORES MUSCULARES: [1] SI [✓] NO

Maria Susana Cano
NOMBRE DE LA ENFERMERA

FIRMA

OBSERVACIONES:

0311 227 1854053
24-02-21 QX



14/5/2021

Imprimir Autorización

Coomeva | EPS

Centro: 23034 Ordenamiento :236197 Orden :1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS **Código:** EPS016

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
21128092	14/05/2021 11:19:48	205456248	2020-12-30 08:03:00

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre: Instituto Para Niños Ciegos Y Sordos Del Valle Del Cauca
Dirección: CRA 38 # 5B 1 - 45 - SANTIAGO DE CALI - VALLE
No. Identificación: NIT - 890303395 - 4
Teléfono: (2)5140233
Contratación: Evento
Código: 760010520501

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Hernandez Rios Manuel Desiderio
No. Identificación: CC-94432656
Fecha de Nacimiento: 1975/02/12
Dirección de Residencia habitual: CALLE 72 I # 3 N 03. BARRIO FLORALIA CALI
Régimen Contributivo
Teléfono Celular: 3053976658
Teléfono: 7434314
Correo Electrónico: manuelhernandezrios@gmail.com
Plan Complementario:
Departamento: VALLE
Municipio: SANTIAGO DE CALI
IPS Afiliado: Medicips Centro Especialistas Cali P P R
Oficina: Cali

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA
Diagnóstico: H360 **Finalidad:** Enfermedad General

Tipo Código	Código	Descripción	Cantidad
CUPS	999999	M1-208-5372|lente Intra Ocular De Fijacion Escleral	1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago : 100

	Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recaudo Del Prestador	Cuota Moderadora	0	0
	Copago	0	0
	Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recobro : Ninguno

Observaciones:
Autorizacion generada automaticamente por la funcionalidad del decreto 4747 para la solicitud de autorizacion de servicios AT3 con codigo (205456248). Soporte aplicativos: Se modifica fecha de creación de orden con Vo Bo de la jefatura Nacional de Prestación de Servicios de Salud correo del viernes 22/01/2021 4:44 p. m. [Reimpresión AMHENAOO = orden vencida solicitada por el prestador para programar cirugia] Solicitud POS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ricardo Eleazar Urrutia Copete
Cargo: Auxiliar Sala Sip Virtual Of. Cali - Generadores At4
Teléfono: No aplica

Facturar a: COOMEVA EPS

No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama

Esta autorización es valida por 90 días a partir de la fecha de expedición.

EPS-FT-063

Mod. Sep/2013

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 5500570 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000915060
Coomeva E.P.S. S.A. Vigilada Supersalud. Res. 0396/95. Afiliada a ACEMI.

25

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
Clínica Visual Y Auditiva
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES DE ANESTESIA

Seguridad

A. Fecha: Marzo 11/ 2021 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: Manuel D. Hernández Ríos

C. Historia Clínica o Reg. No. CC?

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor Blanco Nano para que por su intermedio en el ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento anestésico.

Anestesia General ☐ Anestesia Con Bloqueo Peribulbar. ☒

Anestesia Con Bloqueo Retrobulbar ☐ Anestesia Raquìdea. ☐

Anestesia Tópica ☐ Anestesia Subtenoniana ☐ Anestesia Regional ☐

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento anestésico, también me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente (colocación de medicación que le permita al cirujano realizar el procedimiento sin que me produzca dolor) y que los posibles riesgos mas importantes son (los marcados con X):

- Sangrado X
- Mareo X
- Náusea ó Vómito X
- Depresión Respiratoria X
- Paro Cardiaco X
- Dolor de Cabeza X
- Infecciones X
- Hipotensión Arterial X
- Perforación Ocular _____
- Hematomas _____
- Hipertensión Ocular _____
- Espasmo Laringeo ó Broquial _____
- Fiebre Maligna _____

Otros (incluye no mencionados pero reconocidos en evidencia científica): _____

Cód P000823 IMPRESO POR: LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S NIT 900.332.530-1 TEL: 895 95 26 CALI

4.Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: ∝ _____ C.C Nº ∝ 94432656

Testigo (1) ó Familiar: ∝ Julieta Rios Osorio C.C Nº ∝ 31216968

Parentesco: ∝ tia.

Testigo (2) ó Familiar: _____ C.C Nº _____

Parentesco: _____

E. Declaraciones y Firmas:

1.Medico (s) responsable (s): Blanco Nieto He informado en fecha inicial del documento al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____ Sello: _____

Documento de Identidad: 31154288

NOTA: En caso de una menor de 18 años o persona inhabilitada para firmar, debe firmar un tutor legal o familiar.

1. Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Cód P000623 IMPRESO POR: LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S NIT. 900.332.530-1 TEL: 895 95 26 CALI

Coomeva | EPS

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS identificado con CC-94432656 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Mayo 05 de 2021.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

94432656

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

EPS-FT-1143 Cre. Oct/2015

CX MALO 28

cano

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE PREANESTESIA Y PREQUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/03/11

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	BLANCA NUBIA CANO ARIAS		

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Antecedentes Patológicos: DIABETES TIPO 2

TECEDENTES

Antecedentes Farmacológicos(Dosis/Tiemp): CITAGLITINA METFORMINA ENALAPRIL ATORVASTATINA

Antecedentes Quirúrgicos: CATARATA AMBOS OJOS

Antecedentes Alérgicos: Niega

Observaciones: REFIERE EJERCICIO DIARIO 2 VECES AL DIA SIN SINTOMAS.

EXAMEN FISICO

Peso(Kgs): 68

Talla(Cms): 174

Frecuencia Cardíaca: 99

Tensión Arterial (Mm/Hg): 170/100

Dientes Postizos - Protesis Dental: No

Mallampati: Clase 1

RESULTADOS DE LABORATORIO

(g%) :: 12,5

DIAGNOSTICOS

Causa Externa: Enfermedad general

Tipo de Dx: Confirmado repetido

Dx: H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3

Clase: Principal

Dx Ingreso/Egreso: Ingreso

Remitido: No

INFORMACION ADICIONAL

Clasificación ASA: 2

Plan de Manejo: BLOQUEO PERIBULBAR OD

Tipo de Anestesia: Local con Sedación

Nada por Vía Oral: Si

Historia Revisada: Si

Consentimientos Firmados: Si

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

HISTORIA CLINICA DE PREANESTESIA Y PREQUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2021/03/11

Explicación al paciente del riesgo y anestesia:	Si
Condiciones Satisfactorias para Administrar Anestesia:	Si
Recomendación con Medicamentos:	SI
Fecha - Hora de Cirugía:	19/03/21 4.30PM
Acompañante:	3053976658-3192408371
Cirujano:	DRA VALENZUELA
Procedimiento Programado::	147401 VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES (136)

Firma del Médico	Registro Médico
	13-2993
	Especialidad
BLANCA NUBIA CANO ARIAS	ANESTESIOLOGIA
C.C: 31154288	

Profesional Origen: BLANCA NUBIA CANO ARIAS **Profesional Modifica:** BLANCA NUBIA CANO ARIAS

Fecha Cierre: 2021/03/11 **Hora Cierre:** 11:22:34 **Profesional Cierre:** BLANCA NUBIA CANO ARIAS **Esp:** ANESTESIOLOGIA **Registro:** 13-2993

23

Clínica Visual & Auditiva

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel hernandez **Nº DOCUMENTO** 94432656

EDAD 46 años **SERVICIO AL QUE ASISTE** Anestesiologia **FECHA** 23-02-21

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal (*Moco)* en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuafentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

Yo, _____ certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la Institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la Institución puede desistir de brindarme el servicio.

Confirma asistencia

_____
Firma Paciente o Responsable

Realizada PRESENCIAL ☐ TELEFÓNICA ☐ Responsable Karla latorre

Dra Valenzuela

Coomeva | EPS

Centro: 23034 Ordenamiento :227903 Orden :1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS **Código:** EPS016

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
208294187	17/11/2020 11:39:59	204786195	17/11/2020 18:16:41

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre: Instituto Para Niños Ciegos Y Sordos Del Valle Del Cauca
No. Identificación: NIT - 890303395 - 4
Contratación: Evento
Dirección: CRA 38 # 5B 1 - 45 - SANTIAGO DE CALI - VALLE
Teléfono: (0_2)5140233
Código: 760010520501

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Hernandez Rios Manuel Desiderio
No. Identificación: CC-94432656 **Fecha de Nacimiento:** 1975/02/12 **Dirección de Residencia habitual:** Calle 72 i # 3 N 03. Barri floralia CALI **Régimen** Contributivo
Teléfono Celular: 3053976658 **Teléfono:** 7434314 **Correo Electrónico:** manuelhernandezrios@gmail.com **Plan Complementario:**
Departamento: VALLE **Municipio:** SANTIAGO DE CALI **IPS Afiliado:** Viva 1a - 80 **Oficina:** Cali

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA **Diagnóstico:** H360 **Finalidad:** Enfermedad General

Tipo Código	Código	Descripción	Cantidad
CUPS	999999	M1-208-5372|lente Intra Ocular De Fijacion Escleral	1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago : 100

	Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recaudo Del Prestador	Cuota Moderadora	0	0
	Copago	0	0
	Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recobro : Ninguno
Observaciones:
Autorizacion generada automaticamente por la funcionalidad del decreto 4747 para la solicitud de autorizacion de servicios AT3 con codigo (204786195). [Obs. VTANGARIFE = CUBRE LENTE ARTISAN DE APHAKIA SEGUN COTIZACION INCYS DEL 30/09/2020 A TARIFAS ENTIDAD $850.000 Tutela#310041] Solicitud POS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ricardo Eleazar Urrutia Copete **Cargo:** Auxiliar Sala Sip Virtual Of. Cali - Generadores At4 **Teléfono:** No aplica

Facturar a: COOMEVA EPS

No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama

Esta autorización es valida por 90 días a partir de la fecha de expedición.

EPS-FT-063 Mod. Sep/2013

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 6503670 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383
Coomeva E.P.S. S.A. Vigilada Supersalud. Res. 0396/95. Afiliada a ACEMI.

Manuel Hernández Ríos
94.432.656 Cali

Nacido 12 Ubicado

CX 19 Marzo
Comame
Actualizar Autorización lente

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 890.303.395 - 4
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
28 DIC 2020
RECIBIDO

3053976658
3007410153

Manuel.Hernandezrios@gmail.com

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/09/01

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código: 7600105205
artamento: Valle del Cauca - 76
Municipio: Cali - 76001
Número de Solicitud: 0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución: INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE DIABETICO DM2 DESDE HACE 20 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE REFIERE QUE REPORTE DE ULTIMA HG 5.9%

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR POR LO QUE SE APLICO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS
ESTA PENDIENTE
VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO. **PRIORITARIA**

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, LENTE SUBLUXADO INFERIOR SOBRE APTICA INFERIOR SOBRE IRIS,

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/09/01

CLARO

PIO: OD: 24 MMHG OI: 12 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO EXC 0.3, MÁCULA CON ABUNDANTES EXUDADOS LIPIDICOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, POLO POSTERIOR, EXUDADOS BLANDOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, PERIFERIA SIN LESIONES, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020 YA SE PUEDE PROGRAMAR VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO. **PRIORITARIA** YA QUE LA PRESON ESTA ELEVANDOSE. CONTINUAR CON ACETAZOLAMIDA CADA 12 HORAS DURANTE 3 DIAS KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO CONTROL E 8 DIAS MARTES 11 DE AGOSTO 2020 HORA: 4:00PM DRA VALENZUELA
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Cantidad:	0

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/09/01

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL

Fecha Cierre: 2020/09/01 **Hora Cierre:** 16:12:50 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION OTORRINOLARINGOLOGICA

Fecha de Apertura: 2020/08/11

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
artamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución: INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR QUE SE BENEFICIA DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS **PRIORITARIA**
POSTERIOR A ESTO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, LENTE SUBLUXADO INFERIOR SOBRE APTICA INFERIOR SOBRE IRIS,

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 12 MMHG OI: 10 MMHG

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION OTORRINOLARINGOLOGICA

Fecha de Apertura: 2020/08/11

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO EXC 0.3, MÁCULA CON ABUNDANTES EXUDADOS LIPIDICOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, POLO POSTERIOR CON GRAN EXUDACION LIPIDICA, EXUDADOS BLANDOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, PERIFERIA SIN LESIONES, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020 SE FORMULA: -TIMOLOL CADA 12 HORAS POR 3 MESES EN OJO DERECHO. SE SOLICITA: -CITA CONTROL MEN 20 DIAS EL 01 DE SEP/2020 HORA: 3:30PM. FACTURAR SI.
Remitido:	No

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2020/08/11 **Hora Cierre:** 16:26:21 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 04/08/2020

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	12/02/1975	Edad:	45 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	PARTICULARES
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
De rtamento:	Valle del Cauca - 76
M cipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020 YA SE PUEDE PROGRAMAR VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO. CONTINUAR CON ACETAZOLAMIDA CADA 12 HORAS DURANTE 3 DIAS KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO CONTROL E 8 DIAS MARTES 11 DE AGOSTO 2020 HORA: 4:00PM DRA VALENZUELA
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Justificación Clínica:	VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA +

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 04/08/2020

ENDOLASER + GAS OJO DERECHO. **PRIORITARIA** NO MAYOR A UNA SEMANA

YA TIENE ORDENES DESDE HACE MAS DE 20 DIAS

Firma del Médico	Registro Médico
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL C.C. 52962712	251079/2009
	Especialidad
	OFTALMOLOGIA

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA Derly Jackeline Valenzuela Oftalmologa y Vitreo R.M. 251079 PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL

Fecha Cierre: 04/08/2020 **Hora Cierre:** 16:41:25 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.
EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR QUE SE BENEFICIA DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS **PRIORITARIA**
POSTERIOR A ESTO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

Observaciones Plan de Evolución:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, LENTE SUBLUXADO INFERIOR SOBRE APTICA INFERIOR SOBRE IRIS,

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 12 MMHG OI: 10 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO EXC 0.3, MÁCULA CON ABUNDANTES EXUDADOS LIPIDICOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, POLO POSTERIOR CON GRAN EXUDACION LIPIDICA, EXUDADOS BLANDOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, PERIFERIA SIN LESIONES, RETINA APLICADA

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	SE ABRE NUEVA HISTORA PARA DAR ORDEN DE INCAPACIDAD POR 3 DIAS A PARTIR DE HOY.
Remitido:	No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2020/07/28 **Hora Cierre:** 13:48:59 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	HERNANDEZ RIOS, MANUEL DESIDER
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
artamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución: INTERCONSULTA RETINA Y VITREO

POR PANDEMIA COVID-19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION COMO GORRO, CARETA, TAPABOCAS, BATA, POLAINAS, GUANTES.

PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR.

EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR

POP DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS REALIZADA EL 24/JULIO/2020.

REFIERE DOLOR OCULAR EN OJO DERECHO CON PIO DE 32 MMHG SE INDICO MANEJ CON ACETAZOLAMIDA 1 TAB DE 250MG, HOY CON PIO DE 22 MMHG OD.

TIENE PENDIENTE CX DE VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

DIABETICO HACE 17 AÑOS NO INSULINODEPENDIENTE CON HEMOGLOBINA GLICOSILADA DE 7.6% DE MAYO/2020

OCT DE MACULA 18/JUNIO/2020
- SEVERA OPACIDAD DE MEDIOS OD
- SEVERO EDEMA MACULAR DIABETICO CLIICAMENTE SIGNIFICATIVO Y QUISTICO OD

ANGIOGRAFIA 18/JUNIO/2020:

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

-RETINOPATIA HIPERTENSIVA AO
-RETINOPATIA DIABETICA PRILIFERATIVA OJO DERECHO
-EDEMA MACULA DIFUSO AMBOS OJOS
-RETINOPATIA DIABETICA SEVERA NO PROLIFERATIVA OJO IZQUIERDO

Observaciones Plan de Evolución: EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

AVCC: OD: 20/MM OI: 20/60

PUPILAS DILATADAS
MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS

BMC:
OD: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, LENTE SUBLUXADO INFERIOR SOBRE APTICA INFERIOR SOBRE IRIS,

OI: CÓRNEA CLARA, CÁMARA FORMADA, IRIS NO HAY RUBEOSIS, LIO CENTRADO Y CLARO

PIO: OD: 12 MMHG OI: 10 MMHG

FONDO DE OJO:
OD: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO EXC 0.3, MÁCULA CON ABUNDANTES EXUDADOS LIPIDICOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, POLO POSTERIOR CON GRAN EXUDACION LIPIDICA, EXUDADOS BLANDOS, HEMORRAGIAS EN MANCHA, PERIFERIA SIN LESIONES, RETINA APLICADA

OI: MEDIOS CLAROS, DISCO ROSADO, EXC 0.2, MÁCULA CON HEMORRAGIAS EN MANCHA Y EN PUNTO, HEMORRAGIAS EN 4 CUADRANTES, RETINA APLICADA

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR SE REALIZO INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS EL 24 JULIO 2020

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/07/28

YA SE PUEDE PROGRAMAR VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

CONTINUAR CON ACETAZOLAMIDA CADA 12 HORAS DURANTE 3 DIAS
Y KRYTANTEK CADA 12 HORAS EN OJO DERECHO
CONTROL E 8 DIAS MARTES 4 DE AGOSTO 2020 HORA: 2:00PM
DRA VALENZUELA

Remitido: No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Justificación Clínica:	CONTROL EN 8 DIAS

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 2020/07/28 **Hora Cierre:** 13:44:48 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2020/07/24

Identificación:	CC 94432656	Fecha de Nac.:	1975/02/12
Edad:	46 Años	Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Médico Tratante:	ENFERMERIA ENFERMERIA

Filtro Quirúrgico

Ingreso: Ingresa Paciente al Area de Filtro en compañía de un adulto responsable,se entrega con ropa para cirugía, se orienta que pase al vestier, se lave las manos y la cara retirando maquillaje, joyas, moñas y demas accesorios. Se cambia y se entrega al acompañante los objetos personales. . Confirma conocimiento derechos y deberes: SI. Lateralidad Órgano: Órgano Bilateral. Hora de Ingreso: 13:15 . Tensión Arterial (Mm/Hg): 156/93 . Frecuencia Cardíaca: 89X' . Glucometría (Mg/dl): N/A . [illegible]no: Si. Hora de Ultima Ingesta: 10:30 AM . Alergías (Especifique): No Presenta . Ingesta de Aspirina y Derivados: No. Laboratorios: No. Imagenes Diagnosticas: No. Marcacion del Sitio Operatorio: Si. Tipo de Pre Medicacion: N/A . Consentimiento de Cx Firmado: Si. Se canaliza: N/A. Profilaxis Antibiótica Medicamento: N/A . Gotas Administradas: OQSEINA al 0.4%, MYDRIACIL al 1%. Causa de Cancelación: N/A . Observaciones: T° 34.9 AUX. DANIELA MARMOLEJO .

Bloqueo Quirúrgico

Ingreso: Ingresa el paciente al área de bloqueo . Hora de Bloqueo: 00:00 . Saturación de Oxigeno: ( ) % . Frecuencia Cardiaca: ( ) Latidos x minuto . Soporte de Oxigeno con mascara facial: a ( ) litros por minuto . Anestesiólogo: NO .

Salas de Cirugia (Circulante)

Paciente Procedente de: Filtro. Ingresa a la sala de Cirugia: 3. Hora de Ingreso: 14+00 . Frecuencia Cardiaca: 71 . Tensión Arterial (Mm/Hg): 133/95 . Saturación de Oxigeno: 100 . Lateralidad Órgano: Órgano Derecho. Verificacion del sitio quirurgico: Si. Laboratorios o Ayudas Diagnosticas: No. Lista de Chequeo en Voz Alta: Si. Asepsia del Area Operatoria: ISODINE SOLUCION. Area Quirurgica preparada por: JUAN DANIEL CASTRO. Tipo de Anestesia: Local. Hora de Induccion: 14+00 . Insumo Utilizado Via Aerea: CANULA NASAL. Inicio de Cirugia: 14+00 . Fin de Cirugia: 14+10 . Descripción del Procedimiento: INYECCION INTRAVITREA BILATERAL . Cirujano: DRA. VALENZUELA . Anestesiólogo: NO . Instrumentador: VIVIANA GALAN . Oclusión Ocular: Si. Lubricacion ocular con viscotears: Si. Patologias identificadas: No. Cultivos: No. Liquidos Endovenosos: NO. Herida Quirurgica: LIMPIA Y SECA. Conteo Final del Instrumento completo: Si. [illegible]ervaciones: RECUENTOS COMPLETOS/JDCL .

Recuperación

Hora de Ingreso: 14:15 . Herida Quirurgica: Apósito. Seguimiento Post-Operatorio: Dolor. Tensión Arterial (Mm/Hg): 135/ . Frecuencia Cardíaca: 85 . Saturación de Oxigeno: (99) % .

Observaciones de Recuperacion

Se entrega al Paciente: Historia Clinica, Folleto de Cuidados PostQuirurgicos. Hora de Egreso: 15:00 . Observaciones Recuperacion: Acompañante recibe indicaciones y firma a conformidad lista de chequeo egreso seguro. Recuperadora: Marisela Mina.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA ENFERMERIA OFTALMOLOGIA

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS Estado: Fecha de Apertura: 2020/07/24

Firma del Médico	Registro Médico
ENFERMERIA ENFERMERIA	**Especialidad** ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA
C.C: 38554138	

Profesional Origen: ANDRES FELIPE LUGO **Profesional Modifica:** MARISELA MINA

Fecha Cierre: 2020/07/24 **Hora Cierre:** 15:50:22 **Profesional Cierre:** ENFERMERIA ENFERMERIA **Esp:** ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA **Registro:**

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2020/07/24

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

DESCRIPCION QUIRUGICA

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado repetido
gnóstico Prequirúrgico:	RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Procedimiento Programado::	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
Lateralidad Órgano:	Órgano Bilateral
Descripción Quirúrgica:	INYECCION INTRAVITREA CON AFLIBERCEPT REVIA ASEPSIA + ANTISEPSIA CON YODOPOVIDONA SE COLOCA BLEFAROSTATO SE REALIZA APLICACION DE 0,5ML DE EYLIA A 3 MM DEL LIMBO CON AGUJA 30 SE VERIFICA PERCEPCION DE LUZ SIN COMPLICACIONES SE REPITE PROCEDIMIENTO EN OJO CONTRALATERAL
Condición Post-Operatorio:	BUENO
Anestesiólogo:	NO
Anestesia:	LOCAL
sgo:	2
Ayudante:	NO
Procedimiento Realizado 1::	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA
Tejidos Enviados a Patología:	NO

CONDUCTA

Conducta:	CONTROL MARTES 1PM FORMULA LLAMAR CALL CENTER 4862034 1. CIPROFLOXACINA (SOPHIXIN) COLIRIO OFTALMICO # 1. APLICAR UNA GOTA CADA 3H EN OJO OPERADO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA QUIRURGICA

Fecha de Apertura: 2020/07/24

Firma del Médico	Registro Médico
	251079/2009
	Especialidad
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	OFTALMOLOGIA
C.C: 52962712	

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL

Fecha Cierre: 2020/07/24 **Hora Cierre:** 14:04:30 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

24 Julio 2020.

Lista chequeo egreso de usuarios

Clinica Visual & Auditiva

Nombre usuario: Manuel Hernandez

Se entrega al familiar o al usuario:

- O Formula Medica
- O Incapacidad
- O ~~Copia de~~ Nota Operatoria
- O Muestra o patología
- O Rotulo de patología corresponde con el paciente indicado
- O Familiar del usuario revisa datos del rotulo de patología y confirma veracidad
- O Anexo 3 en caso de entrega de patología al usuario
- O Patología queda bajo custodia de la clínica Visual y Auditiva
- O Folleto con recomendaciones medicas y signos y síntomas de alarma
- O ~~Fecha~~ de cita de control 28-Julio 20 13:40
- O Ayudas diagnosticas:

  _____
- O Resultados exámenes de laboratorio
- O ~~Paz y Salvo~~

El ario sale del área de cirugía:

- O ~~En compañía del familiar~~
- O ~~En silla de ruedas~~
- O En brazos de los padres
- O En camilla
- O Remitido a otra institución



Observaciones:

TA= 135/85

FC= 85 x1

Nombre Auxiliar Enf Juliet Rios Orozco

Firma del Usuario o familiar responsable:

Juliet Rios Orozco

Clínica Visual & Auditiva
Optos Oídos Nariz Garganta

PROGRAMACIÓN SEGURA

Manuel Desiderio Hernandez

NOMBRE DEL PACIENTE

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS lm

- O Validar plataforma
- O Autorizaciones
- O Documentación (H.C, Consent. Inf, Copia cedula, ctc, mipres, anexo 3)
- O Insumo especial Aflibercept - Medex
- O Observaciones y Recomendaciones _____

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA lm

- O Programación del procedimiento en Servinte
- O Insumo especial Aflibercept - Medex
- O Se envía correo a almacén de cirugía
- O Observaciones y Recomendaciones _____

CONFIRMACIÓN Dr

- O Observaciones Servinte
- O Insumo especial y/o lentes _____
- O Se confirma cirugía vía telefónica _____

PRE-QUIRÚRGICA _____

- O Validar Consentimiento Informado diligenciado
- O Revisar (HC, Biometría, insumos, Exámenes)
- O Revisar fecha de cirugía frente a orden
- O Informar a programación de cancelación de usuario
- O Imprimir HC de Anestesia

FILTRO Ana Milena (400)

- O ~~Revisar~~ Historia Clínica completa
- O ~~Pasar~~ HC a almacén por insumo especial

ALMACÉN _____

- O Insumo especial en Físico
- O Tipo de Insumo _____
- O Observaciones _____

OK MO

23-07-20

Samuel Gonzalez Garcia
C.C. 16[illegible]
Regente de Farmacia

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CALI : Calle 5 B2 No. 37A - 50
PBX: 514 02 33 / 18. Fax: 558 27 82
E-mail: instituto@ciegosysordos.org.co
www.ciegosysordos.org.co

ISO 9001 icontec Código No. 2592-1

NOTAS DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

HISTORIA CLÍNICA No. 94432656

DÍA	MES	AÑO
24	07	20

NOMBRE PTE	Manuel De Jesus
APELLIDOS	Hernandez Rios
CAMILLA	Sala #3
CIRUGÍA REALIZADA	Inyeccion Intravitrea Bilateral

Inicio 4:00
Fin: 4:10

LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

	SI	NO	OBSERVACIONES:
CARGA LOTE	~~—~~		
ECHA DE ESTERILIZACIÓN	~		
EMPAQUE DE PAQUETE	~		
INTEGRIDAD DE PAQUETE	~		
CONDICIÓN INSTRUMENTAL ACEPTABLE	~		
NOMBRE DE RESPONSABLE	Viviana Galan		

DESCRIPCIÓN	~~CARGA~~ SI	~~CARGA~~ NO	~~LOTE~~ SI	~~LOTE~~ NO	EMPAQUE

CONTROL DE INDICADOR QUÍMICO Y DE EXPOSICIÓN

INDICADOR DE PAQUETE DESECHABLE		INDICADOR INSTRUMENTAL	
INDICADOR DE VAPOR		INDICADOR DE PLASMA	
INDICADOR E.T.O			

Viviana Galan
Nombre Instrumentador Responsable
Firma

CONTEO DE MATERIA DE CURACIÓN Y ELEMENTOS CORTOPUNZANTES

ELEMENTOS DEL CONTEO	CONTEO INICIAL	ELEMENTOS ADICIONALES	CONTEO FINAL	CORRECTO	INCORRECTO	NOMBRE
GASAS						
MECHAS						
TORUNDAS						
ALGODONES						
COTONOIDES						
AGUJAS	2	-	2	✓		UGC
HOJAS DE BISTURÍ						
HILADILLAS						
ESCLEROTOMO						

EN CASO DE TAPONAMIENTO

No. GASAS	No. MECHAS	UBICACIÓN

EQUIPOS

NOMBRE	COMPLETO	INCOMPLETO	
Bisturí			

MUESTRAS TOMADAS

PATOLOGÍA	CULTIVOS

IMPRESO POR LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S Código P000598

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

Carrera 38 No. 5B1-39 - PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82
CALI - COLOMBIA

ISO 9001 icontec Código No. 2592-1

12

Nombre: Manuel Acevedo

Documento de Identidad: 94.432.656 Fecha: 24/07/20

LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD QUIRUGICA DE LOS PACIENTES

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

☑ El paciente ha confirmado:
- Su identidad
- El lugar del cuerpo
- La operación
- Su consentimiento

☑ Marca en el lugar del cuerpo

☑ Si AO
☐ No

Firma Aux. Filtro: A

☐ Verificar identidad paciente
☐ Verificar el lugar del cuerpo
☐ El pulsoxímetro esta puesto en el paciente y funcionando.

Firma Aux. Bloqueo: _____

VoBo Jefe de área _____

Tiene el paciente alguna alergia conocida?

☐ Si
☐ No
☐ Verificar que los equipos y la medicación anestésica estén completos

Dificultad con la vía respiratoria o riesgo de aspiración?

☐ Si
☐ No

Firma Anestesiólogo _____

ANTES DE LA INSICION CUTANEA

PAUSA

☑ Confirmar que todo el personal se ha identificado por su nombre y función.

☑ El cirujano confirma
- ☐ Identidad del paciente
- ☐ El lugar del cuerpo
- ☐ La operación

Administración de profilaxis Antibiótica:
☑ Si
☐ No

Imágenes Diagnosticas
☑ Si
☐ No

Presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación.
☑ Si
☐ No

Firma Cirujano: _____

Se ha confirmado la esterilidad del equipo e instrumentos?

☑ Si
☐ No
☑ Verificar que los equipos y el material están completos

Firma Instrumentadora: _____

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

SALIDA

La auxiliar confirma verbalmente con el personal

☑ Nombre de la operación registrada

Rotulación de muestras
☑ Si
☐ No aplica

☑ Si
☐ No Los recuentos de los Instrumentos, e insumos son complejos

Firma Auxiliar Sala: _____

Firma Instrumentadora: _____

Ayuno: 10:30 a.m.
Cirugía: (10:30 a.m.) 12:39 p.m.
TA 156/93
FC 89 x'
T: 34,9 °C

IMPRESO POR: LITOGRAFÍA STAR SERVICE Cód P000354

11

Instituto Para Niños Ciegos y Sordos Del Valle Del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

(Otorgado en desarrollo de la Ley 1981 y sus modificaciones)

Seguridad

A. Fecha: Julio 24/2020 Hora: 12:30 a.m. ☐ p.m. ☒

B. Nombre del Paciente: Manuel Hernández Ríos

C. H. C ó Reg. No. CC 94432656 Cali

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor _____ para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento: _____

_____.

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento, también me han aclarado todas las dudas, igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que se requiera anestesia esta sea aplicada por parte de un medico anestesiólogo escogido por el médico o por el centro y lo autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que consideren mas aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente los posibles riesgos mas importantes para la realización de esta cirugía:

4. **Generales:** Infección: ____ Sangrado: ____ Reacción a Anestesia: ____

Oftalmológicas: Perdida visual parcial o total _____ Hipo o Hipercorrección Muscular: _____ Hemorragia expulsiva: _____ Desprendimiento de Retina: _____ Edema de la Macula: _____ Visión Doble: _____ Opacidad Corneal: _____ Glaucoma: _____ Ruptura Capsular: _____ Reacomodación del Lente: _____ Uveítis: _____ Daño en el Iris: _____ Otros: _____

_____.

Otorrinolaringológicas: Lesión de Nervio parcial o total: _____ Fistula con salida de liquido cerebral: _____ Daño de tejido cerebral: _____ Persistencia de tabique desviado, deformidad, o perforación: _____ Cambios en mi voz: _____ Otros: _____

_____.

5. El Doctor queda autorizado para ordenar disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destino de exámenes anatomo patológicos.

6. En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones _____ (si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: _____

_____.

IMPRESO POR: LITOGRAFIA STAR SERVICE S.A.S Código P000622

7.Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: _____ Testigo: _____

C.C Nº 94432656 Cali C.C Nº 31216968

E. Declaraciones y Firmas:

1.Medico (s) responsable (s): He informado al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____

Documento de Identidad: _____ Fecha: _____

2.Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma Familiares: _____ Parentesco: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

NOTA: En caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Clínica Visual & Auditiva

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONTINGENCIA COVID-19

Teniendo en cuenta la actual situación mundial en lo referente a la pandemia por el virus COVID-19, actualmente, el País se encuentra en situación de aislamiento social permanente, ordenado por el Gobierno Nacional (Decreto 531 de 2020), debido a la alta probabilidad de contagio por contacto con personas infectadas.

Considerando lo anterior, yo, Manuel Hernández Rios identificado con cédula de ciudadanía No. 94432656 Cali, expongo que acudo, como paciente o acudiente mayor de edad responsable, de manera libre, voluntaria y consciente, al Instituto para Niños Ciegos y Sordos, para atención en salud con el (la) Doctor (a) _____; de igual manera, si se llegase a requerir, a la posterior toma de ayudas diagnósticas, realización de procedimiento quirúrgico o láser y acto anestésico. Declaro que se me ha informado todo lo relacionado con la situación actual de contingencia secundaria a la pandemia generada por el contagio con COVID – 19 de manera amplia, clara y suficiente, y que he entendido, no sólo que, se han utilizado elementos de protección personal (EPP) por parte del profesional (médico) tratante, su asistente y todos los colaboradores de la Clínica Visual y Auditiva del Instituto para Niños Ciegos y Sordos, con el fin de prevenir cualquier tipo de contagio cruzado sin que esto limite la calidad en la atención médica prestada, sino también, de las razones y del uso de las medidas de Bioseguridad en general y mi conexa responsabilidad para advertir el potencial contagio por COVID – 19 y de la posibilidad de ser contagiado (a) por este virus durante mi traslado al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, durante mi atención (en consultorios, salas de cirugía, áreas de ayudas diagnósticas, salas de espera) y al regreso a mi hogar, por lo tanto, **ACEPTO y ASUMO POR COMPLETO** y de manera autónoma, consciente y libre, el riesgo que genero de un posible contagio a mí, a mi familia y al personal de atención, así como las consecuencias del mismo (en caso de estar infectado (a) existe la posibilidad de muerte en el posoperatorio de hasta un 20 a 30%). De igual manera me comprometo a seguir al pie de la letra, todas las recomendaciones e instrucciones de bioseguridad suministradas por el personal de atención de la clínica, impartidas por vía telefónica y presencial, antes, durante y posterior a mi atención médica. Adicionalmente, declaro que se me ha preguntado sobre síntomas respiratorios, contacto con personas sospechosas o positivas para COVID – 19, por medio de una encuesta física establecida por el Instituto para Niños Ciegos y Sordos, que de manera libre y voluntaria, he decidido asumir el riesgo de contagio por COVID – 19 y que libero al profesional que me presta sus servicios en salud, al personal de la Institución y al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, de cualquier efecto legal relacionado con un potencial contagio, consecuencias del mismo durante y después de cualquier procedimiento y acto anestésico y el posible contagio de mi familia por COVID - 19.

Para constancia, se firma en Santiago de Cali, a los 24 días del mes de 07 de 2020.

Manuel Hernández R

Firma del paciente.

Firma del acudiente responsable – mayor de edad (si aplica).

94432656 Cali

Numero de documento de identidad.

Clínica Visual & Auditiva

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel Hernández Nº DOCUMENTO 94432656

EDAD 45 SERVICIO AL QUE ASISTE _____ FECHA _____

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal (*Moco)* en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuarentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

Yo, Manuel Hernández Ríos certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la Institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la Institución puede desistir de brindarme el servicio.

Firma Paciente o Responsable

94432656

Realizada PRESENCIAL [X] TELEFÓNICA [ ] Responsable _____

Clínica Visual & Auditiva

DETECCION DE SIGNOS CLÍNICOS SOSPECHOSOS PARA CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

03 11 227.

ENTREVISTA CLÍNICA PARA PACIENTE PREVIA ATENCIÓN

La información contemplada en este formulario es un requisito establecido para el ingreso a la institución.
Dar información falsa puede generar sanción legal y poner en riesgo la salud de otras personas.

NOMBRE DEL PACIENTE Manuel Desiderio Hernandez **Nº DOCUMENTO** 94432656

EDAD 45. **SERVICIO AL QUE ASISTE** Aplicación de Medicamento **FECHA** JULIO 3 de 2020.

SIGNO	PREGUNTA	SI	NO
FIEBRE	¿Ha presentado fiebre con una temperatura mayor a los 38°C de difícil control y por más de 3 días?		X
RESPIRATORIO	¿Tiene o a tenido tos u otro síntoma respiratorio los últimos 14 días?		X
	¿Ha presentado dificultad para respirar en los últimos 14 días?		X
	¿Tiene o ha tenido secreción nasal *(Moco)* en los últimos 14 días?		X
DIGESTIVO	¿Tiene o a presentado diarreas u otro síntoma digestivo los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE GUSTO	¿Ha perdido el gusto en los últimos 14 días?		X
PERDIDA DE OLFATO	¿Ha perdido el olfato en los últimos 14 días?		X
CANSANCIO	¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio y malestar en el cuerpo?		X
COVID - 19	¿Usted ha sido diagnosticado con COVID - 19 y puesto en cuarentena por orden médica?		X
CUARENTENA	¿En caso de haber sido diagnosticado usted sigue en cuarentena?		X
CONVIVENCIA	¿Ha estado conviviendo con un paciente positivo o sospechoso de COVID - 19?		X
	¿Ha estado en contacto con una persona que tenga los síntomas anteriormente mencionados los últimos 14 días?		X

Yo, x Manuel Hernández certifico que he entendido las preguntas y que la información brindada es verdadera, adicional que he recibido la información de las pautas de comportamiento dentro de la Institución para prevenir el contagio de la enfermedad de COVID-19, las cuales, si no cumplo el personal de la Institución puede desistir de brindarme el servicio.

x [signature]

Firma Paciente o Responsable 94432656

manuelhernandezrios@gmail.com
3192408371

Realizada PRESENCIAL [X] TELEFÓNICA [ ] Responsable Luz Marina Rios

	CLINICA VISUAL Y AUDITIVA INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA NIT. 890.303.395-4	Fecha Cotizacion
Clínica Visual & Auditiva Ojos Oídos Nariz Garganta		03-jul-2020
	Formato: Cotizaciones o Paquetes	

[x] Cotización [ ] Paquete

1. Información Entidad Responsable de pago

Nit: Entidad: COOMEVA PGP

2. Información Basica del Paciente

Identificación 94432656 Fecha Nacimiento 12/02/1975 Edad 45

Nombre(s) y Apellido(s) MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS

Dirección Telefono 3053976658

[X] INSUMO

[ ] PROCEDIMIENTO LENTE IQ

3. Liquidación

Cantidad	Detalle	VR UNITARIO	VR TOTAL
1	LENTYE IQ		$ 850,000
Valor total de la cotización o paquete		**$**	**850,000**

4. Observaciones

Cotización valida por 60 días a partir de la fecha de expedicion de la cotización, El valor cotizado es una aproximación, en caso de existir algún excedente debe ser cancelado por el paciente o la entidad, quienes respectivamente aceptan por medio de este documento dicha obligacion. Se excluye todo tipo de complicaciones. Los medicamentos, insumos y materiales se cotiza a un valor aproximado, puede aumentar o disminuir según el consumo y/o la TRM del Dolar.

5. Condiciones de pago

[X] **Pago Anticipado.** El valor cotizado debe ser depositado al momento del ingreso en la caja principal, el pago puede realizarse con cheque, tarjetas o en efectivo.

[ ] **Crédito.** Favor consignar en al cuenta Empresarial de bancolombia No.**30116** a nombre del Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Elaborado: *Jaime Bonilla*

Programación Cirugía

5140233

Fecha de Impresión: 2020/07/03

Valenzuela

Bancos Herramientas

Cooeps siglo XXI V2

Busqueda

Afiliado

Identificación

Cc 94432656

Consultar

Preafiliaciones

Servicios en linea

ATENTOS

CIKLOS

BDUA

AYUDA

CERTICAMARA

Afiliado: Datos principales

Usuario: Ins Niños Ciegos Y Sordos

Perfil Actual: IPS

Oficina:

INFORMACION PRINCIPAL

Identificación	CC - 94432656	**Estado**	Activo
Nombre	Manuel Desiderio Hernandez Rios	**Sexo**	Masculino
Fecha Nacimiento	12/02/1975	**Edad**	45
Parentesco	Cabeza De Familia	**Oficina**	Cali
Dirección	Buitrera Km7 Via El Rosario Casa 6	**Teléfono Residencia**	7434314
Ciudad Residencia	Santiago De Cali (Valle)	**Teléfono Móvil**	3053976658
Inicio Vigencia	02/12/2018	**Fecha Radicación**	02/11/2018
Tipo Afiliado	Cotizante	**Tipo Afiliación**	Reingreso Al Sistema
IPS Médica	Viva 1a - 80	**IPS Odontológica**	Rio Ips - P P R
Fecha Probable Inicio POS	02/12/2018	**Fecha Ingreso SGSS**	27/10/1999
Pariente del	Principal	**Rango Salarial**	1
Responsable de pago		**Protección Laboral**	
Fecha Retiro		**Semanas Cotizadas**	907
AFP	Porvenir	**Cod.Interno**	1010000754620
Grupo Poblacional	Ninguno De Los Anteriores	**Grupo Etnico**	Ninguno
Nivel Educativo	Universitaria Profesional	**Estado Civil**	Soltero
Discapacidad	No Calificado	**Motivo Novedad**	
Régimen	Contributivo	**Nivel sisben**	No tiene encuesta
Correo Electronico	manuelhernandezrios@gmail.com	**Vivanto**	No
Ind. Excepción			
Acepta Politica Trat. Datos	Sin Información	**Reclamo en Trámite**	NO

Se autoriza prestar el servicio médico y odontológico en la IPS asignada al afiliado

Recuerde Verificar y Actualizar la Dirección, Teléfono y Ciudad

Diabetico

© COOMEVA EPS

3192408371
3053976658
3007410153

Cx - 24 de Julio

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 890.303.395 - 4
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA
03 JUL 2020
RECIBIDO

SIP IMBANACO



Archivo | Agenda de Servicios | Autorizaciones | Historia Clinica | Afiliados | Caja | Administración de Tutelas | Gestion del riesgo | Autorizaciones | Recobros | Gestion De Pagos | Administrativo

Orden de Servicio

Ordenamiento: 3721144 Orden de servicio: 1

Información Afiliado

Identificación:	CC-94432656	Nombre:	Manuel Desiderio Hernandez Rios	Rango:	Rango 1 (estrato 1)	Edad:	45 Años
Genero:	M	Semanas cotizadas:	907	Plan adicional:		Tipo:	Cotizante
Tipo contrato:	Dependiente	I.P.S. afiliado:		Viva 1a - 80		Régimen:	Contributivo
Plan Complementario:							

Datos de la orden

Fecha:	02/07/2020	Ciudad:	Santiago De Cali	Tipo:	Medicamentos
Finalidad:	Enfermedad General	Id ordenador:	NIT-890303395	Nombre ordenador:	Instituto Para Niños Ciegos Y Sordos Del Valle Del Cauca
Estado:	Aprobada	Contratación:	Evento	Pagador:	Eps
Usuario genero:	Florencia Salguero Reyes	Diagnóstico 1:	H360	Diagnóstico 2:	
Oficina:	Cali	Usuario auditor:			
Nivel Auditoria:	Back 2	Fecha Respuesta:	09/07/2020		
Justificación:					
Ejecutada:	No				

Servicios Solicitados

Realizado	Tipo de Recobro	Código	Nombre Invima / Descripción	Cantidad	Posología y Vía de Administración	Días	Valor	Cuota Moderadora
S	Presupuesto Maximo No Pbs	S01LA05	Eylia ® Solución Para Inyección Intravítrea / Aflibercept Solucion Inyectable 2 Mg (cod 26039 - Bayer)	2	2 miligramo(s) Cada 1 Día(s) EN AMBOS OJOS PRIORITARIO	1	5836862	3400

Total Cuota Moderadora	3400
Periodos Carentes	0
Total a pagar afiliado	**3400**
Valor a pagar a la IPS	5833462

Información del prestador

Identificación: NIT-805030765 Nombre: Medicamentos Especializados S.a. Medex

Dirección: Red De Dispensacion De Cada Municipio Teléfono: [redacted] Ext 130 Ciudad: Santiago De Cali

Observaciones - Editar

Solicitud Nopos: 4601117 - 3536180
Ppio Act: Aflibercept
Resp: 1
Entrega: 1/

Anular | Imprimir Autorización | Imprimir Comprobante | Formula Medica

® 2003 Ciklos.com.co Todos los Derechos Reservados

4850312
Tel. medex.

Cra 40 # 6-50.
Edificio la Plazoela.

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2020-06-30 15:12:48
Nro. Prescripción
20200630153020227175

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:	Municipio:	Código Habilitación:
VALLE DEL CAUCA	CALI	760010520501

Documento de Identificación:	Nombre Prestador de Servicios de Salud:
890303395	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Dirección: KR 38 NO 5B1 - 39	**Teléfono:** 925140233

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
CC94432656	HERNANDEZ	RIOS	MANUEL	DESIDERIO

Número Historia Clínica:	Diagnóstico Principal:	Usuario Régimen:	Ambito atención:
94432656	H360 RETINOPATIA DIABETICA	CONTRIBUTIVO	AMBULATORIO - PRIORIZADO

MEDICAMENTOS

Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
UNICA	[AFLIBERCEPT] 40MG/1ML / OTRAS SOLUCIONES	2 MILIGRAMO(S)	INTRAOCULAR	1 DÍA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	1 DÍA(S)	EN AMBOS OJOS PRIORITARIO	2 / DOS / AMPOLLA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:	Nombre:
CC52962712	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Registro Profesional: 52962712	Firma
Especialidad:	CodVer: 8DC5-8120-9820-[illegible]FF6-5498

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA
Valenzuela
Oftalmólogo
Retina y Vitreo
R.M. 251079
INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Clínica Visual & Auditiva
Ojos Oídos Nariz Garganta
Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca

Instituto Para Niños Ciegos y Sordos Del Valle Del Cauca
CLINICA VISUAL Y AUDITIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

(Otorgado en desarrollo de la Ley 1981 y sus modificaciones)

Seguridad

A. Fecha: 30 - 06 - 2020 Hora: _____ a.m. ☐ p.m. ☐

B. Nombre del Paciente: Manuel Desiderio Hernandez.

C. H. C ó Reg. No. _____

D. Declaración del paciente:

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor _____ para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales en la Entidad, se me practique el procedimiento: Vpp + Extraccion de Cio + Endolaser + GAS + Implante de Cio Artisan Invertido OD.

2. El profesional queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. Me han explicado y he comprendido la naturaleza y propósitos de este procedimiento, también me han aclarado todas las dudas, igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que se requiera anestesia esta sea aplicada por parte de un medico anestesiólogo escogido por el médico o por el centro y lo autorizo para utilizar el tiempo de anestesia que consideren mas aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero y me han dicho los posibles riesgos de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente los posibles riesgos mas importantes para la realización de esta cirugía:

4. **Generales:** Infección: ___ Sangrado: ___ Reacción a Anestesia: ___

Oftalmológicas: Perdida visual parcial o total ___ Hipo o Hipercorrección Muscular: ___ Hemorragia expulsiva: ___ Desprendimiento de Retina: ___ Edema de la Macula: ___ Visión Doble: ___ Opácidad Corneal: ___ Glaucoma: ___ Ruptura Capsular: ___ Reacomodación del Lente: ___ Uveítis: ___ Daño en el Iris: ___ Otros: _____

Otorrinolaringológicas: Lesión de Nervio parcial o total: _____ Fistula con salida de liquido cerebral: _____ Daño de tejido cerebral: _____ Persistencia de tabique desviado, deformidad, o perforación: _____ Cambios en mi voz: _____ Otros: _____

5. El Doctor queda autorizado para ordenar disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destino de exámenes anatomo patológicos.

6. En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones _____ (si no hay condiciones, escríbase ninguna). Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: _____

7.Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución.

Firma del Paciente: _____ Testigo: _____

C.C Nº 94432656 Cali C.C Nº 31216968

E. Declaraciones y Firmas:

1.Medico (s) responsable (s): He informado al paciente, del proposito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Profesional: _____

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL CAUCA
Derly Jackeline Valenzuela Oftalmólogo Retina y Vítreo R.M. 25107

Documento de Identidad _____ Fecha: _____

2.Tutor legal o Familiar _____

Se que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo _____, con documento de identidad _____ doy mi consentimiento para que el (los) doctor(es) _____

_____

y el personal auxiliar que el / ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento. Puedo revocar ese consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma Familiares: _____ Parentesco: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

NOTA: En caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 30/06/2020

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	12/02/1975	Edad:	45 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	CONTRIBUTIVO - COTIZANTE
Médico Tratante:	DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad profesional
Tipo de Dx:	Confirmado nuevo
Dx:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	T852 COMPLICACION MECANICA DE LENTES INTRAOCULARES
Conducta:	PACIENTE CON RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA EN OJO DERECHO ASOCIADO A SUBLUXACION DEL LIO INFERIOR. EN OJO IZQUIERDO RETINOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA SEVERA CON EDEMA MACULAR QUE SE BENEFICIA DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS **PRIORITARIA** POSTERIOR A ESTO VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.
Remitido:	No

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
28 ENE 2020
AUDITORÍA MEDICA
Firma:

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Procedimiento 1:	147401 VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES (136)
Cantidad:	1
Procedimiento 2:	138101 EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CÁMARA ANTERIOR O POSTERIOR
Procedimiento 3:	147403 VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA
Cantidad:	1
Procedimiento 4:	129303 INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO EN CÁMARA POSTERIOR
Cantidad:	1

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

Fecha de Apertura: 30/06/2020

Procedimiento 5:	169006 INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA Ya Sehizo.
Cantidad:	2
Examen 1:	952000 BIOMETRIA OCULAR SOD
Cantidad:	1
Examen 2:	902207 HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL
Cantidad:	1
Examen 3:	903825 CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	DE INYECCION INTRAVITREA AFLIBERCEPT AMBOS OJOS **PRIORITARIA**

POSTERIOR A ESTO
VPP + EXTRACCION DE LIO LUXADO + IMPLAMNTE DE LIO ARTISAN DE AFAQUIA + ENDOLASER + GAS OJO DERECHO.

PARACLINICOS
BIOMETRIA OJO DERECHO

CLINICA VISUAL Y AUDITIVA — INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Derly Jackeline Valenzuela Oftalmólogo Retina y Vitreo RM 251079

Firma del Medico	Registro Médico
DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL	251079/2009
C.C: 52962712	**Especialidad** OFTALMOLOGIA

Profesional Origen: DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Profesional Modifica:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL
Fecha Cierre: 30/06/2020 **Hora Cierre:** 15:14:19 **Profesional Cierre:** DERLY JACKELINE VALENZUELA LEAL **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 251079/2009

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

NOTA DE ANGIOGRAFIA

Fecha de Apertura: 2020/06/18

MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIO
1975/02/12
kilometro 7 via al rosario casa 13
3053976658

CC 94432656
46 Años
LA BUITRERA
COOMEVA EPS PGP CALI
SUBSIDIADO

LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO

Nota de Angiografia	
Hora de Ingreso:	02:35 PM
Tensión Arterial (Mm/Hg):	134/92
Frecuencia Cardíaca:	77
cuencia Respiratoria:	18
Saturación de Oxigeno:	(99) %
Temperatura (Grados):	36 GRADO
Alergías (Especifique):	NIEGA
Lateralidad Órgano:	Órgano Bilateral
Notas de Enfermería:	NOTA DE INGRESO INGRESA AL SERVICIO DE ANGIOGRAFÍA PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD, DESPIERTO, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA , HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE LE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR, SE LLENA ENTREVISTA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DE PACIENTE. SE ADMINISTRA MYDRIACYL 1% SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTERIL EN AMBOS OJOS, SE CANALIZA ACCESO VENOSO EN MSD CON INTROCAN #20 MAS TH CON TECNICA ASEPTICA, QUEDA PERMEABLE Y SIN SIGNOS DE FLEBITIS, SE ADMINISTRA MEDIO DE CONTRASTE: FLUORESCEINA SODICA SOLUCION 10% 2.5 CC I.V, DURANTE EL EXAMEN EL PACIENTE SE MANTIENE COLABORADOR, TRANQUILO, SIN PRESENTAR NINGUNA REACCION ALERGICA NI COMPLICACIONES. NOTA DE EGRESO EGRESA PACIENTE DEL SERVICIO DE ANGIOGRAFÍA, DESPIERTO, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, , HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE RETIRA ACCESO VENOSO, QUEDA SIN SIGNOS DE FLEBITIS, SE TOMAN SIGNOS VITALES TA:134/92 FC: 77 FR:18 SO2: 99% T:36° , SE LE DA FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
Medicamentos Administrados:	MYDRIACYL 1% SOLUCIÓN OFTÁLMICA ESTERIL - FLUORESCEINA SODICA SOLUCIÓN 10% 2.5 CC I.V
Examen 1:	951203 ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
N.I.T. 890303395-4
CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

NOTA DE ANGIOGRAFIA

Fecha de Apertura: 2020/06/18

Firma del Médico	Registro Médico
LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO	**Especialidad** ANGIOGRAFIA
C.C: 1	

Profesional Origen: LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO **Profesional Modifica:** LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO
Fecha Cierre: 2020/06/18 **Hora Cierre:** 16:35:18 **Profesional Cierre:** LESLIE MARCELA ZAPATA PRADO **Esp:** ANGIOGRAFIA **Registro:**

Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca
Buscamos Luz en la Sombra y Palabra en el Silencio

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONTINGENCIA COVID-19

Clínica Visual & Auditiva

Teniendo en cuenta la actual situación mundial en lo referente a la pandemia por el virus COVID-19, actualmente, el País se encuentra en situación de aislamiento social permanente, ordenado por el Gobierno Nacional (Decreto 531 de 2020), debido a la alta probabilidad de contagio por contacto con personas infectadas.

Considerando lo anterior, yo, L Manuel D. Hernandez R identificado con cédula de ciudadanía No. L 94432656, expongo que acudo, como paciente o acudiente mayor de edad responsable, de manera libre, voluntaria y consciente, al Instituto para Niños Ciegos y Sordos, para atención en salud con el (la) Doctor (a) _____; de igual manera, si se llegase a requerir, a la posterior toma de ayudas diagnósticas, realización de procedimiento quirúrgico o láser y acto anestésico. Declaro que se me ha informado todo lo relacionado con la situación actual de contingencia secundaria a la pandemia generada por el contagio con COVID – 19 de manera amplia, clara y suficiente, y que he entendido, no sólo que, se han utilizado elementos de protección personal (EPP) por parte del profesional (médico) tratante, su asistente y todos los colaboradores de la Clínica Visual y Auditiva del Instituto para Niños Ciegos y Sordos, con el fin de prevenir cualquier tipo de contagio cruzado sin que esto limite la calidad en la atención médica prestada, sino también, de las razones y del uso de las medidas de Bioseguridad en general y mi conexa responsabilidad para advertir el potencial contagio por COVID – 19 y de la posibilidad de ser contagiado (a) por este virus durante mi traslado al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, durante mi atención (en consultorios, salas de cirugía, áreas de ayudas diagnósticas, salas de espera) y al regreso a mi hogar, por lo tanto, **ACEPTO y ASUMO POR COMPLETO y de manera autónoma, consciente y libre, el riesgo que genero de un posible contagio a mí, a mi familia y al personal de atención, así como las consecuencias del mismo** (en caso de estar infectado (a) existe la posibilidad de muerte en el posoperatorio de hasta un 20 a 30%). De igual manera me comprometo a seguir al pie de la letra, todas las recomendaciones e instrucciones de bioseguridad suministradas por el personal de atención de la clínica, impartidas por vía telefónica y presencial, antes, durante y posterior a mi atención médica. Adicionalmente, declaro que se me ha preguntado sobre síntomas respiratorios, contacto con personas sospechosas o positivas para COVID – 19, por medio de una encuesta física establecida por el Instituto para Niños Ciegos y Sordos, que de manera libre y voluntaria, he decidido asumir el riesgo de contagio por COVID – 19 y que libero al profesional que me presta sus servicios en salud, al personal de la Institución y al Instituto para Niños Ciegos y Sordos – Clínica Visual y Auditiva, de cualquier efecto legal relacionado con un potencial contagio, consecuencias del mismo durante y después de cualquier procedimiento y acto anestésico y el posible contagio de mi familia por COVID - 19.

Para constancia, se firma en Santiago de Cali, a los 28 días del mes de 05 de 2020.

L Manuel D. Hernandez R
Firma del paciente.

L 94432656 Cali
Numero de documento de identidad.

L Julieta Rios Orozco
Firma del acudiente responsable – mayor de edad (si aplica).

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/05/12

Nombre:	MANUEL DESIDERIO HERNANDEZ RIOS	Identificación:	CC 94432656
Fecha de Nac.:	1975/02/12	Edad:	46 Años
Dirección:	kilometro 7 via al rosario casa 13	Barrio/Localidad:	LA BUITRERA
Teléfono:	3053976658	Empresa Responsable:	COOMEVA EPS PGP CALI
Ocupación:		Tipo Usuario:	SUBSIDIADO
Médico Tratante:	HAROLD ALVARADO RUIZ		

-

Entidad Prestadora:	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código:	7600105205
Departamento:	Valle del Cauca - 76
Municipio:	Cali - 76001
Número de Solicitud:	0

PLAN DE EVOLUCION

Plan de Evolución:

PYP DIABETES
OPERADO DE CATARATA EN AO CON LIO
REFIERE PERDIDA DE VUISION OD HACE 7 MESES SE ENCONTROL LIO LUXADO AL VITREO (LIO IMPLANTADO HACE 17 AÑOS)

ANT DIABETES
QX PSEUDOFAQUIA AO
ALERGIAS .-
FAMILIARES .-

Observaciones Plan de Evolución:

AV OD MM OI 20/60 S/C

BIO OD PSEUDOFAQUIA CON KLIO LUXADO Y EN GANCHADO EN LA PUPILA
OI PSEUDOFAQUIA OK
TONOP BDG NORMAL
FO RETINA APLICADA CON HEMORAGIAS EN LLAMA EXUDADOS EN POLO POST Y SOBRE LAS ARACADAS VASCULARES COMPATIBLE CON RETINIOPATIA DIABETICA NO PROLIFERATIVA MODERADA AO

DIAGNOSTICOS

Causa Externa:	Enfermedad general
Tipo de Dx:	Confirmado nuevo
Dx:	Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES
Clase:	Principal
Dx Ingreso/Egreso:	Ingreso
Diagnóstico Relacionado 1:	H360 RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14Õ CON CUARTO CARACTER COMUN .3
Conducta:	PACIENTE CO LUXACION DE LIO EN OD EN GANCHADO EN IRIS

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

N.I.T. 890303395-4

CARRERA 38 # 5B1 39 Teléfono: 5140233

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA Y PALABRA EN EL SILENCIO

PLAN DE EVOLUCION DE OFTAMOLOGIA

Fecha de Apertura: 2020/05/12

RETINO0PATIA DIABETICA NO PROKLIFERATIVA

SE INDICA ANGIOGRAFIA AO
VALORACION M,ANEJO RETINOLOGO POR LIO LUXADO

Remitido: No

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención:	Electivo
Tipo de Servicio Solicitado:	Servicios Electivos
Ubicacion del paciente al momento de la Solicitud:	Consulta Externa
Examen 1:	951200 ANGIORRETINOFLUORESCEINOGRAFIA SOD
Cantidad:	2
Examen 2:	890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
Cantidad:	1
Justificación Clínica:	VALORACION MANEJO RETINOLOGO REACOMODACIO DE LIO (SUTURA) Y LASER RETINA POR RBN P

Firma del Médico	Registro Médico
	76-2737
	Especialidad
HAROLD ALVARADO RUIZ	OFTALMOLOGIA
C.C: 16723988	

Profesional Origen: HAROLD ALVARADO RUIZ **Profesional Modifica:** HAROLD ALVARADO RUIZ

Fecha Cierre: 2020/05/12 **Hora Cierre:** 11:02:07 **Profesional Cierre:** HAROLD ALVARADO RUIZ **Esp:** OFTALMOLOGIA **Registro:** 76-2737

OD
ojo derecho
Afáquica

LS900 T-Cone 2/10/2019 - 1

AL [mm]	25,19	R1[mm/D/°]	8,10 / 41,68 @ 22
CCT [µm]	619	R2[mm/D/°]	7,95 / 42,46 @ 112
AD [mm]		R [mm/D]	8,02 / 42,07
ACD [mm]		+AST [D/°]	0,78 @ 112
LT [mm]		n []	1,3375
		WTW [mm]	12,60

Refracción objetivo: 0,00 *Plantilla: DR. MEDINA SRKT*

Sensar AR40e
AMO

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,53
17,00	0,19
17,50	**-0,15**
18,00	-0,50
18,50	-0,85

SRK/T
A=118,70

CZ70BD FIJACION ESCLERA
Alcon

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,80
17,00	0,47
17,50	**0,13**
18,00	-0,20
18,50	-0,54

SRK/T
A=119,14

SEELENS AF
Hanita

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,59
17,00	0,25
17,50	**-0,09**
18,00	-0,43
18,50	-0,78

SRK/T
A=118,80

SEELENS MF
Hanita

LIO [D]	Ojo [D]
16,00	0,81
16,50	0,47
17,00	**0,12**
17,50	-0,22
18,00	-0,57

SRK/T
A=118,60

COC118.0
COCSA

LIO [D]	Ojo [D]
15,50	0,79
16,00	0,44
16,50	**0,09**
17,00	-0,26
17,50	-0,62

SRK/T
A=118,00

COC118.40
COCSA

LIO [D]	Ojo [D]
16,00	0,69
16,50	0,34
17,00	**-0,00**
17,50	-0,35
18,00	-0,71

SRK/T
A=118,40

OS
ojo izquierdo
Fáquica

No se dispone de datos de medición

AL [mm]		R1[mm/D/°]	/ @
CCT [µm]		R2[mm/D/°]	/ @
AD [mm]		R [mm/D]	/
ACD [mm]			
LT [mm]		n []	1,3375
		WTW [mm]	

Refracción objetivo: 0,00 *Plantilla: sin guardar*

clínica oftalmológica

OD
ojo derecho
Afáquica

LS900 T-Cone 2/10/2019 - 1

AL [mm]	25,19	R1[mm/D/°]	8,10 / 41,68 @ 22
CCT [µm]	619	R2[mm/D/°]	7,95 / 42,46 @ 112
AD [mm]		R [mm/D]	8,02 / 42,07
ACD [mm]		+AST	[D/°] 0,78 @ 112
LT [mm]		n	[] 1,3375
		WTW	[mm] 12,60

Refracción objetivo: 0,00
Plantilla: DR. MEDINA SRKT

AcrySof MA60AC
Alcon

LIO [D]	Ojo [D]
17,00	0,51
17,50	0,17
18,00	**-0,16**
18,50	-0,50
19,00	-0,85

SRK/T
A=119,20

SN60WF IQ
Alcon

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,71
17,00	0,38
17,50	**0,04**
18,00	-0,30
18,50	-0,64

SRK/T
A=119,00

MONOFOCAL ESFERICO
Eyecryl

LIO [D]	Ojo [D]
16,00	0,75
16,50	0,41
17,00	**0,06**
17,50	-0,29
18,00	-0,64

SRK/T
A=118,50

ReSTOR SN6AD1/3
Alcon

LIO [D]	Ojo [D]
16,50	0,71
17,00	0,38
17,50	**0,04**
18,00	-0,30
18,50	-0,64

SRK/T
A=119,00

AQUAFOLD ASFERICO
Omni

LIO [D]	Ojo [D]
16,00	0,57
16,50	0,22
17,00	**-0,13**
17,50	-0,49
18,00	-0,85

SRK/T
A=118,20

ARTISAN AFAQUIA
Ophtec

LIO [D]	Ojo [D]
13,50	0,97
14,00	0,59
14,50	**0,20**
15,00	-0,20
15,50	-0,60

SRK/T
A=115,70

OS
ojo izquierdo
Fáquica

No se dispone de datos de medición

AL [mm]		R1[mm/D/°]	/ @
CCT [µm]		R2[mm/D/°]	/ @
AD [mm]		R [mm/D]	/
ACD [mm]			
LT [mm]		n	[] 1,3375
		WTW	[mm]

Refracción objetivo: 0,00
Plantilla: sin guardar

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA
Y PALABRA EN EL SILENCIO

Instituto para Niños Ciegos y Sordos de Cali

UNIDAD MEDICA VISUAL Y AUDITIVA

Carrera 38 No. 5B1-39 - PBX: 514 02 33 / 18 - Fax: 558 27 82

CALI - COLOMBIA

DIA	MES	AÑO
4	11	03

HISTORIA OFTALMOLOGICA

HISTORIA CLINICA No. 03110227

ENTIDAD QUE LO REMITE: 29

Manuel Deudeiro Rios Armando T

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

CAUSA DE CONSULTA: Pelo que refiere perdida progresiva de la agudeza visual AO de 1 semana de evolucion

ANTECEDENTES PERSONALES: Negativo

ANTECEDENTES FAMILIARES: Abuelo DM TIO

	A.V.	S.C.	C.C.	
O.D.		20/150		REF.
O.I.		20/190		

MOE: Movimientos oculares conjugados

HIRSCHBERG

PUPILAS	FORMA	R.D.	R.C.	DPA.
OD.	A	+	+	
OI.	A	+	+	

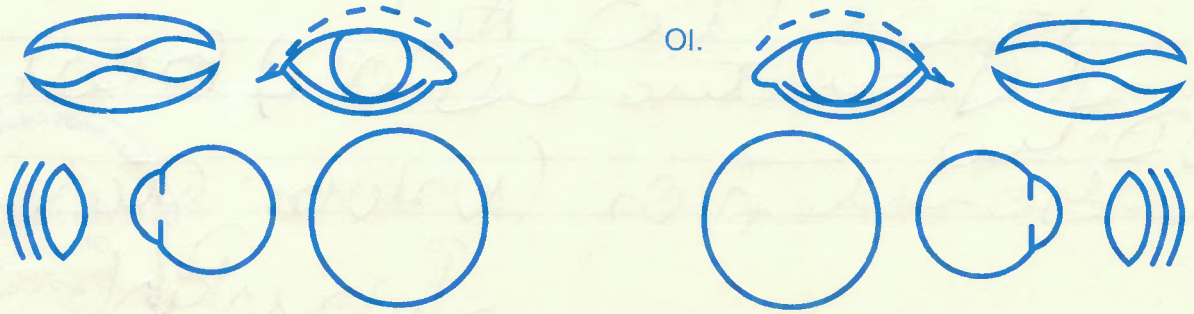
OD. OI.

QUERATOMETRIA SCHIRMER BUT R.B.

OD. ____ X ____ A ____ ____ / ____ ____ ____

OI. ____ X ____ A ____ ____ / ____ ____ ____

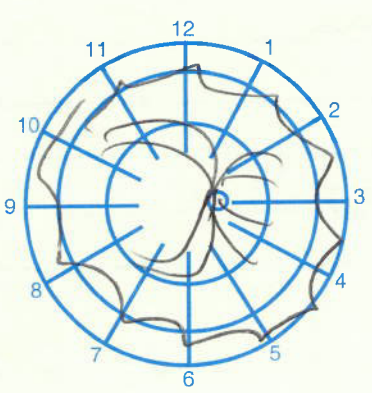
OD. OI.

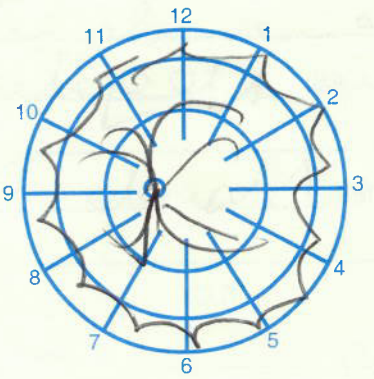


	OD.	OI.
PARPADOS		
APARATO LAGRIMAL		
CONJUNTIVA	Clara	Clara
CORNEA		
ESCLEROTICA	Fondo	Fondo
CAMARA ANT.		
IRIS		
CRISTALINO	Opaco ++	Opaco ++
GONIOSCOPIA	0D.	
	OI.	

PIO OD. 12 mm Hg (hrs)

OI. 12 mm Hg (hrs)





	OD.	OI.
VITREO		
PAPILA	OK	OK
MACULA		
VASOS	Aplicada	Aplicada
RETINA		

CONSULTAS Y EXAMENES SUPLEMENTARIOS:

DIAGNOSTICO: Catarata Senil AO
Facoemulsificación OD-OI Facoemulsificación

TRATAMIENTO: Lentes Correctores (Valorar Optología)

Dr. Juan Pablo Sinisterra
Oftalmólogo
Reg. 762608

FIRMA

Informe de Auditoría Médica INCS

Santiago de Cali, 12 de julio de 2022.

Usuario: **Manuel Desiderio Hernandez**
Cédula: 94432656
EPS: Salud Total (retirado – Bdua) – Previamente Coomeva.

Resumen de historia clínica (HC):

Paciente atendido por primera vez en la Clínca Visual y Auditiva (CVA) del Instituto para Niños Ciegos y Sordos (INCS) el día 12 de mayo de 2020. Ingresa con antecedente de cirugía de catarata en ambos ojos (AO) realizada en otra institución. Consultó por pérdida de la visión del ojo derecho (OD) de 7 meses de evolución, encontrándose el lente intraocular (LIO) implantado luxado hacia el vítreo (en mala posición). Antecedente de cirugía de catarata 17 años atrás, diabetes mellitus.
Al examen físico (EF) encuentran paciente con agudeza visual (AV) en OD: movimiento de manos (MM) y ojo izquierdo (OI): 20/60 – (Ref.: normal 20/20). El LIO en OD se encontraba luxado y enganchado en la pupila. En el fondo de OD: habían hemorragias en llama, exudados en polo posterior y sobre las arcadas vasculares, compatible con retinopatía diabética (RD) no proliferativa moderada de AO. Solicitan angiografía y valoración por retinología.

El 30/6/2020, es valorada por la retinóloga Dra. Derly Valenzuela, quien encuentra paciente diabético de 17 años de evolución, con una hemogrlbina glicosilada (HbA1c) de 7.6% (mal controlado), con resultado de OCT (tomografía óptica coherente): con severa opacidad de medios OD, severo edema macular diabético clínicamente significativo y quístico OD; angiografía: con retinopatía hipertensiva de AO, retinopatía diabética proliferativa OD, edema macular difuso AO, retinopatía diabética severa no proliferativa de OI.
Al EF se encuentra adicional a la evaluación anterior, OD: mácula con abundantes exaudados lipídicos, hemorragias en mancha, polo posterior con gran exudación lipídica, exudados blandos, periferia sin lesiones. OI: hemorragias en mancha y en punto en 4 cuadrantes, retina aplicada.
Ordena: inyección intravítrea con Aflibercept en AO de manera prioritaria, y luego de la aplicación, vitrectomía posterior (VPP), extracción del LIO luxado, implante de LIO artisan de afaquia, endoláser y gas en el OD.

Desde auditoría médica se da visto bueno para realización de todo el procedimiento solicitado antes de 30 días.

El 24/7/2020, se realiza la inyección intravítrea sin complicaciones.

En valoración posoperatoria (POP) del 28/7/2020, encuentran paciente con buena evolución dentro del contexto de su cuadro clínico, a la espera de autorización para la continuidad del ordenamiento médico (VPP, extracción del LIO luxado, inserción del LIO artisan de afaquia, endoláser y gas) y se da manejo médico para control de sus cifras de presión intraocular (PIO). Se da incapacidad por 3 días.

4/8/2020 – es valorado en control por la Dra. Valenzuela, quien confirma solicitud de VPP, extracción del LIO luxado, inserción del LIO artisan de afaquia, endoláser y gas, y adiciona que se requiere prioritario no mayor a una semana.

Fue valorada en controles de consulta externa por la Dra. Valenzuela los días 11/8/2020 y 1/9/2020, sin cambios en el cuadro clínico del usuario.

Se interviene quirúrgicamente el 28/5/2021, encontrando paciente que hace hemorragia vítrea densa desorganizada, desprendimiento de polo posterior, desprendimiento traccional de retina en área macular. No se realiza inserción de LIO de artisan por hallazgo de glaucoma neovascular (vasos anómalos en el iris). Menciona la Dra. Valenzuela que, este hallazgo es una complicación de la retinopatía diabética que no se detectó antes por el retraso en la cirugía y la falta de controles por la consulta.
En control POP del 1/6/2021, encuentra paciente con OD: hemorragia subconjuntival, córnea opaca engrosada con edema microquístico, restos hematicos en periferia, afaquia (sin LIO), cavidad llena se silicon, retina aplicada, excavación OD: 0.2, OI: 0.4.
Solicita valoración por glaucomatólogo y control con retinólogo. Deja manejo médico y solicita inyección intravítrea con Ranivizumab.

El 17/6/2021, lo valora el Dr. Pedro Quevedo, glaucomatólogo, quien encuentra un paciente con afaquia en OD, AV: OD: no percibe luz (NPL), OI: 20/60. OD: cámara anterior con ángulo cerrado por rubeosis, PIO: OD: 40, OI: 22. Excavación: OD: no valorable, OI: 0.4.
Solicita trabeculoplastia láser, la cual se realiza el mismo día y, solicita ademas, ciclofotocoagulación transescleral, la cual se lleva a cabo el 23/6/2021.

Al día siguiente (24/6/2021) en control POP con el Dr. Quevedo, paciente con buena evolucióbn con PIO OD: 14, OI: 16. Deja con manejo médico y control a 3 meses.

El 14/9/2021, es valorado en control por la Dra. Valenzuela, con examen físico sin cambios, y solicita OCT de control y valoración con reporte.

El 28/10/2021, la valora de nuevo el Dr. Quevedo, quien valora OCT que reporta mácula con adhesión vítreomacular y edema macular exudativo del OI. AV por optometría: OD: NPL, OI: 20/20. PIO: OD: 0, OI: 14. Solicita valoración por medicina laboral para determinar discapacidad por pérdida total de visión del OD.

Análisis:

- Paciente en el contexto de patología crónica (diabetes e hipertensión), las cuales afectan a lo largo del tiempo la retina (retinopatia diabética e hipertensiva).
- Ingresa a la CVA con historia de 7 meses de mala visión y hemorragias en retina, los cuales venian siendo manejados en otra clínica de la ciudad. La mala visión referida, se debió a que el paciente venía con luxación del LIO previamente implantado, pero no reacomodado.
- En el primer ordenamiento, la prioridad estaba en la aplicación de la inyección intravítrea con Aflibercept, la cual se realizó de manera oportuna el 24/7/2020.

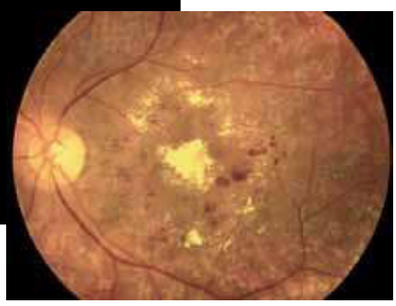
- Se dio autorización por parte de auditoría médica para que lo solicitado por la médica tratante se realizara antes de 30 días.
- Dada la situación administrativa con la entidad aseguradora del momento (Coomeva), se presento extemporaneidad en la programación de los procedimientos.

Auditoría Médica
Instituto para Niños Ciegos y Sordos
Clínica Visual y Auditiva
Dirección: Calle 5B2 # 37ª-50
Tel directo: 5140233
Ext: 3415
Correo: andres.quinones@ciegosysordos.org.co

Retinopatía diabética

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche[a], *Laura Alejandra Mendoza Larios*[b]



SÍNTESIS DE LA QUEJA

El paciente manifestó que a consecuencia de una cirugía mal realizada sufrió la pérdida total de la vista del ojo derecho.

RESUMEN CLÍNICO

Masculino de 49 años de edad con diabetes mellitus de 15 años de evolución, tratada mediante hipoglucemiantes orales. El 8 de enero de 2010, consultó al oftalmólogo demandado por presentar disminución de la agudeza visual, miodesopsias (manchas percibidas en el campo visual) y escotoma central de un mes de evolución en ojo derecho. El diagnóstico fue retinopatía diabética proliferativa avanzada de alto riesgo en ambos ojos, así como hemorragia vítrea y desprendimiento de retina fraccional en ojo derecho, programándose aplicación de fotocoagulación panretiniana en el ojo izquierdo y tratamiento quirúrgico en el ojo derecho; el pronóstico fue reservado por la severidad de cuadro clínico.

El 16 de enero de 2010, se aplicó fotocoagulación en retina nasal e inferior del ojo izquierdo y el día 22 del mismo mes y año se completó el tratamiento aplicándose fotocoagulación en retina temporal y superior. Así mismo, el día 29 se realizó vitrectomía, delaminación, endofotocoagulación y aplicación de gas C3F8 en el ojo derecho.

En la evolución postoperatoria la agudeza visual del ojo derecho fue 20/70 con presión intraocular 16 mmHg, y se encontró la retina aplicada y gas en la cavidad vítrea. Sin embargo, el 19 de marzo de 2010, se presentó disminución importante de la visión y dolor en el ojo derecho, se apreció en el fondo del ojo una contracción de la base del vítreo que ocasionaba desprendimiento de retina, así como proliferación fibrovascular en la periferia de retina. El demandado realizó vitrectomía central, remoción de la base de vítreo, remoción de proliferación, endodiatermia, endofotocoagulación, aplicación de silicón y retinectomía.

El 30 de abril de 2010, el paciente presentó dolor ocular intenso en ojo derecho y agudeza visual de percepción de luz. El diagnóstico fue glaucoma agudo por iridectomía obstruida, misma que fue permeabilizada, se retiró el silicón y se indicó en gotas, mediante lo cual mejoró el dolor ocular; sin embargo persistió la agudeza visual de percepción de luz, y se reportó presión intraocular de 6

[a]Dirección de la Sala de Arbitraje. CONAMED. México, DF.
[b]Facultad de Medicina. UNAM. México, DF.

mmHg, iridectomía permeable, retina con poca irrigación sanguínea (vasos exangües). En el ojo izquierdo la agudeza visual fue 20/20, con presión intraocular 16 mmHg, sin actividad neovascular.

ANÁLISIS DEL CASO

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, la retinopatía diabética es la complicación más frecuente de la diabetes mellitus de larga duración. Desafortunadamente esta enfermedad ocasiona cambios retinales, así como disminución de la visión. En efecto, la pérdida de visión es 25 veces más frecuente en diabéticos que en la población en general. Cabe mencionar, que el control de la diabetes reduce las complicaciones, así como los cambios microvasculares, incluyendo la retinopatía.

El desarrollo de retinopatía, se incrementa con el tiempo de evolución de la enfermedad; después de 10 años, cerca del 70% de los diabéticos tipo II, tienen algún grado de retinopatía.

Cabe mencionar, que la retinopatía diabética se refiere a la presencia de alteraciones microvasculares típicas, en la retina de una persona con diabetes (microaneurismas, hemorragias, exudados duros, manchas algodonosas, alteraciones microvasculares, arrosariamiento venoso, neovasos y tejido fibroso), que aparecen como complicación crónica de la enfermedad.

En la retina existen 2 condiciones causantes de disminución de la agudeza visual: el edema macular diabético y la neovascularización retinal (crecimiento anormal de vasos sanguíneos). El edema macular se caracteriza por engrosamiento edematoso de la mácula (área de la retina responsable de la visión central); cuando el edema compromete el centro de la mácula, la agudeza visual disminuye. En la neovascularización y crecimiento de tejido fibroso de la retina, así como del nervio óptico, los neovasos atraviesan la superficie posterior del vítreo, dirigiéndose hacia la cámara vítrea, a esta fase se le denomina retinopatía diabética proliferativa.

Los nuevos vasos pueden sangrar dentro de la cavidad vítrea y reducir la visión. El sangrado se asocia con tejido fibroso que se adhiere al gel vítreo o a la superficie de la retina, ejerciendo tracción y, en ocasiones, desprendimiento retinal. Por esta razón, la neovascularización retiniana sitúa en riesgo grave la visión.

La retinopatía diabética es la complicación más frecuente de la diabetes mellitus de larga duración. Esta enfermedad ocasiona cambios retinales, así como disminución de la visión. La pérdida de visión es 25 veces más frecuente en diabéticos que en la población en general. Cabe mencionar, que el control de la diabetes reduce las complicaciones, así como los cambios microvasculares, incluyendo la retinopatía.



Con base en la literatura oftalmológica, la retinopatía diabética puede clasificarse de la siguiente forma:

a) Retinopatía diabética no proliferativa

1. Mínima. Sólo microaneurismas.
2. Leve. Microaneurismas, exudados duros, manchas algodonosas, hemorragias/microaneurismas escasos.
3. Moderada. La anterior, pero con mayor cantidad de hemorragias/microaneurismas (moderados); anomalías microvasculares intrarretinianas mínimas o rosarios venosos en un cuadrante.



Clara Natoli

El desarrollo de retinopatía, se incrementa con el tiempo de evolución de la enfermedad; después de 10 años, cerca del 70% de los diabéticos tipo II, tienen algún grado de retinopatía.

Esta enfermedad implica la presencia de alteraciones microvasculares típicas, en la retina de una persona con diabetes (microaneurismas, hemorragias, exudados duros, manchas algodonosas, alteraciones microvasculares, arrosariamiento venoso, neovasos y tejido fibroso), que aparecen como complicación crónica de la enfermedad.

4. Grave. Hemorragias/microaneurismas graves en 4 cuadrantes o rosarios venosos en 2 o más cuadrantes, o anomalías microvasculares intrarretinianas graves en por lo menos un cuadrante.
5. Muy grave. Dos o tres de las características de la grave.

b) Retinopatía diabética proliferativa

1. Moderada. Neovascularización retiniana o neovascularización papilar de menos de un tercio de área papilar.
2. De alto riesgo. Neovascularización papilar mayor a un tercio del área papilar o hemorragia preretinal o vítrea, con neovascularización retinal o papilar.
3. Avanzada. Proliferación fibrovascular, desprendimiento de retina, hemorragia vítrea que oculta el fondo.

c) Edema macular diabético

1. Clínicamente no significativo.
2. Clínicamente significativo.
   - Engrosamiento retiniano o exudados duros a menos de 500 micras del centro de la fóvea.
   - Engrosamiento retiniano de un diámetro papilar o mayor, parte del cual está a menos de un diámetro papilar del centro de la fóvea.

El edema macular diabético y la neovascularización de la retina, pueden ser tratados mediante distintos tipos de cirugía láser o fotocoagulación.

El tratamiento del edema macular debe realizarse aplicando 50 a 100 micras de mediana intensidad en las áreas de escape en la zona macular. Este manejo es llamado fotocoagulación macular focal y el retratamiento puede ser necesario si el edema macular persiste.

Para tratar la neovascularización o la inminente neovascularización, debe emplearse láser, aplicado en la periferia media de la retina y en la región más periférica, respetando la zona macular. El tratamiento para la neovascularización se denomina panretinofotocoagulación.

La fotocoagulación macular focal, debe considerarse en pacientes con edema que compromete la mácula o amenaza con extenderse al centro de la misma.

En relación a la vitrectomía, este tratamiento quirúrgico, generalmente se emplea en pacientes con retinopatía diabética proliferativa avanzada, extensa, con hemorragia vítrea. La tracción retinal debe ser liberada por incisión de tejido fibrovascular mediante cirugía.

La neovascularización residual y la retina isquémica, deben ser manejadas mediante fotocoagulación transvítrea, también denominada endofotocoagulación, a fin de reducir el riesgo de crecimiento neovascular.

La vitrectomía por la *pars* plana, originalmente fue empleada para extraer hemorragias del vítreo y mantener la retina aplicada para mantener la visión. La diatermocoagulación intravítrea, la fotocoagulación y los métodos de taponamiento, mejoran los medios de tratamiento.

Así mismo, gran número de pacientes con fibrosis premacular, edema macular por tracción de la hialoides, hemorragia premacular densa y progresión de la proliferación, entre otras, pueden ser tratados mediante vitrectomía en la retinopatía diabética.

La vitrectomía está indicada en el desprendimiento de retina traccional sobre la mácula, o bien, cuando el desprendimiento traccional avanza por dentro de las arcadas vasculares. La tracción permanente sobre la retina de las proliferaciones fibrovasculares puede producir agujeros retinianos y convertirse en desprendimiento regmatógeno de retina. La afectación de estos desprendimientos puede ser muy severa, especialmente si se asocian a vítreo-retinopatía proliferativa, siendo necesario el tratamiento quirúrgico.

Por otro lado, la hemorragia vítrea, es consecuencia del sangrado de la proliferación neovascular secundaria a retinopatía diabética, y si bien, la fotocoagulación panretiniana disminuye las complicaciones, las hemorragias intravítreas también son indicación de vitrectomía en la retinopatía diabética.

El octoflururopropano (C3F8) al 15% mezclado con aire, se emplea principalmente en pacientes con múltiples rupturas y tracciones periféricas que han sido relajadas mediante cirugía endocular y escleral. Tiene efecto taponador útil de 30 a 40 días, y se emplea en casos de desprendimiento de la retina graves, en retinopatía diabética.

Las complicaciones durante y después de la vitrectomía, están relacionadas con la gravedad de la retinopatía. Pueden presentarse defectos en el epitelio corneal, edema estromal, rupturas retinianas, hipertensión ocular (elevaciones de la presión a niveles mayores de 28 mmHg, deben tratarse con medicación tópica antiglaucomatosa, cuando el incremento es mayor de 50 mmHg, generalmente existe expansión de burbuja de gas por bloqueo pupilar o trabecular ocasionado por depósito de sangre o fibrina, y es apropiado realizar punción con aguja), desprendimiento de retina, entre otros.

En el presente caso, el paciente consultó al oftalmólogo demandado, especialista en retina médica y quirúrgica, debido a que presentaba disminución de la agudeza visual en ambos ojos, secundaria a retinopatía diabética proliferativa avanzada.

La valoración inicial del 8 de enero de 2010, establece que el paciente presentaba diabetes mellitus de 15 años de evolución, tratada mediante hipoglucemiantes orales, así como miodesopsias y escotoma central de un mes de evolución en ojo derecho, en la exploración física se encontró agudeza visual en ojo derecho de cuenta de dedos a un metro, y en ojo izquierdo 20/40.

En el segmento anterior de ambos ojos: cristalino con esclerosis nuclear, rubeosis iridis, ángulo camerular sin rubeosis; la presión intraocular en ambos ojos fue de 21 mmHg. Se diagnosticó retinopatía diabética proliferativa avanzada de alto riesgo, en ambos ojos, así como desprendimiento de retina secundario a tracción con hemorragia en vítreo, en ojo derecho.

Debido a las condiciones clínicas de ambos ojos, con la presencia de rubeosis en iris, sobre todo en ojo izquierdo, el demandado estimó necesario efectuar fotocoagulación panretiniana en ojo izquierdo y programó vitrectomía en ojo derecho para el 29 de enero de 2010. En ese sentido, no se observan elementos de mala práctica, pues debido a que el ojo izquierdo presentaba mejores condiciones clínicas (mejor pronóstico visual), el plan de tratamiento fue correcto.

En efecto, el demandando cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, al iniciar la fotocoagulación en ojo izquierdo para evitar mayor progresión de la retinopatía diabética y preservar la función visual de dicho ojo, así como realizar vitrectomía en ojo derecho, por tratarse de un grado más avanzado de retinopatía, acompañado de hemorragia y desprendimiento de retina.

Los días 16 y 22 de enero de 2010, el demandado realizó aplicación de fotocoagulación con los parámetros siguientes: 800 disparos, 500 micras de diámetro y 200 miliwatts por sesión. Esto demues-

Fue demostrado que la atención oftalmológica se ajustó a lo establecido por la *lex artis*. El estado final del ojo derecho fue consecuencia de las complicaciones que ocurrieron después de cirugía, mismas que se relacionaron con la gravedad de la retinopatía y la escasa respuesta tisular al tratamiento quirúrgico, lo cual ocasionó que la evolución fuera desfavorable.



tra que el tratamiento empleado para la retinopatía del paciente, se ajustó a lo establecido por la *lex artis* oftalmológica.

Al respecto, la literatura oftalmológica refiere, que para tratar la neovascularización debe emplearse láser (panretinofotocoagulación), aplicado en la periferia media de la retina y en la región más periférica, tal como sucedió en el presente caso.

La nota postoperatoria del 29 de enero de 2010, acreditó que el facultativo demandado realizó vitrectomía en ojo derecho, eliminó la hemorragia, la proliferación fibrovascular, aplicó fotocoagulación panretiniana y dejó gas C3F8 en cavidad vítrea, como taponamiento. Dicho procedimiento fue correctamente indicado para tratar la patología del paciente y se efectuó conforme a lo establecido por la *lex artis* especializada.

El paciente argumentó que contrario a lo informado en la primera consulta, los días 15 y 22 de enero 2010, el demandado aplicó rayo láser en el ojo izquierdo y el 29 de enero de 2010, realizó cirugía en ojo derecho.

Sobre el particular, las notas médicas acreditan que atendiendo al estado visual del paciente, el demandado optó por tratar inicialmente el ojo izquierdo, buscando limitar las alteraciones y preservar su función visual, para posteriormente efectuar vitrectomía en el ojo con mayor afectación, lo cual también demuestra que valoró debidamente el riesgobeneficio.

La nota preoperatoria del 8 de enero de 2010, confirma que desde la consulta inicial, el demandado programó vitrectomía para el 29 de enero de 2010.

A mayor abundamiento, dadas las condiciones clínicas del ojo derecho, el pronóstico era desfavorable, pues presentaba rubeosis iridis, proliferación fibrovascular, desprendimiento de retina secundario a tracción y hemorragia en vítreo. La literatura de la especialidad, refiere que la vitrectomía está indicada para tratar de modificar la historia natural de la enfermedad, pues su evolución es hacia la pérdida de la visión.

La evolución postoperatoria inicialmente fue satisfactoria, el paciente recuperó función visual y la retina estaba aplicada, así lo demostraron las notas de evolución de los días 5 y 27 de febrero de 2010, en las cuales se reporta agudeza visual en ojo derecho 20/70, presión intraocular de 16 mmHg y retina aplicada.

Ahora bien, el 19 de marzo de 2010, el paciente asistió a consulta refiriendo disminución importante de la agudeza visual y dolor en el ojo derecho. En la exploración física se encontró: agudeza visual en el ojo derecho de movimiento de manos, presión intraocular de 8 mmHg, flare y células (+++) en cámara anterior. Fondo de ojo: contracción de la base del vítreo, que ocasionó desprendimiento de retina, proliferación fibrovascular en la periferia de la retina. Se diagnosticó desprendimiento de retina posterior a la contracción de base de vítreo, secundario a proliferación fibrovascular hialoidea anterior. El demandado aplicó dexametasona paraocular y estimó necesario efectuar vitrectomía con aplicación de silicón.

En términos de la literatura oftalmológica, en la evolución postoperatoria de vitrectomía, se puede

presentar: inflamación, hemorragia en vítreo, desprendimiento de retina rhegmatógeno, infección, nueva proliferación fibrovascular, entre otras, los cuales son riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico y no guardan relación con la actuación médica demandada. En el caso que se presenta, el paciente fue informado acerca de los riesgos, lo cual fue acreditado mediante Carta de Consentimiento Bajo Información.

Así las cosas, ante el cuadro clínico (desprendimiento de retina), el demandado informó al paciente la necesidad de reintervenirlo quirúrgicamente, procedimiento necesario para atender su patología.

Esto demuestra que el demandado cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, ante el desprendimiento de retina secundario a proliferación fibrovascular y contracción de la base del vítreo.

Atendiendo a la nota postoperatoria del 26 de marzo del 2010, se efectuó vitrectomía central, remoción de la base de vítreo, remoción de proliferación, endodiatermia, endofotocoagulación, aplicación de silicón y retinectomía.

En el primer mes de postoperatorio, el paciente presentó presión intraocular de 50 mmHg, debido a la oclusión de iridectomía por fibrina, como consecuencia de un estado inflamatorio importante, el cual fue manejado mediante drenaje de la iridectomía, dorzolamida, timolol y brimonidina (gotas oftálmicas). No se observaron elementos de mal *praxis,* por cuanto a este rubro se refiere, pues el demandado identificó y trató las complicaciones.

En las consultas de seguimiento, la agudeza visual en ojo derecho fue de percepción de luz, existía edema corneal, la iridectomía estaba permeable, la retina aplicada, pero con vasos exangües. El ojo izquierdo presentaba agudeza visual 20/20, presión intraocular 16 mmHg, sin actividad neovascular. Por lo anterior, el demandado indicó tratamiento médico (conservador) y explicó al paciente el pronóstico.

APRECIACIONES FINALES

- Fue demostrado que la atención oftalmológica reclamada, se ajustó a lo establecido por la *lex artis.*
- El estado final del ojo derecho fue consecuencia de las complicaciones que ocurrieron después de cirugía, mismas que se relacionaron con la gravedad de la retinopatía y la escasa respuesta tisular al tratamiento quirúrgico, lo cual ocasionó que la evolución fuera desfavorable.

RECOMENDACIONES

- La Organización Mundial de la Salud, estima que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes, siendo probable que dicha cifra, se incremente a más del doble en el año 2030.
- Debe promoverse el autocuidado a la salud de los pacientes, principalmente en lo que se refiere al control de la presión arterial, glucosa y lípidos.
- Hasta 39% de los pacientes con meiilitus tipo 2, tienen retinopatía en el momento del diagnóstico.
- La retinopatía diabética causa el 5% de los casos de ceguera en el mundo, por ello la importancia de implementar medidas preventivas.

BIBLOGRAFÍA

Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Retinopatía Diabética. México: Secretaría de Salud; 2009.

Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study Research Group: Early vitrectomy for severe vitreous hemorrhage in diabetic retinopathy: four-year results of a randomized trial, Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study Report 5. Arch Ophthalmol. 1990;108:958.

Marshall S, Flyvbjerg A. Prevention and early detection of vascular complications of diabetes, British Med Journal. 2006; 333(7566):475-80.

Leese GP and Ellis JD. Review: Overview of diabetic eye disease. British Journal of Diabetes and Vascular Disease. 2002; 2(1):14-7.

Care of the Adult Patient with Diabetes Mellitus Optometric Clinical Practice Guideline 2002.

O'Hanley GP, Lanny CC. Diabetic dense premacular hemorrhage: a possible indication for prompt vitrectomy. Ophthalmology. 1985;92:507.

Early photocoagulation for diabetic retinopathy ETDRS report number 9. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Ophthalmology. 1991;98(5 Suppl):766-85.

Photocoagulation for diabetic macular edema. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report number 1. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Arch Ophthalmol. 1985;103:1796-806.

Señora Doctora
LORENA MARTÍNEZ JARAMILLO
Juez Dieciséis Administrativo
Oral del Circuito de Cali
E. S. D.

correos electrónicos: **adm16cali@cendoj.ramajudicial.gov.co**
of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ref: Contestación de la Demanda
Acción de Reparación Directa
Demandantes: Desiderio Hernández y otros
Demandados: Superintendencia Nacional de Salud y otros
Rad.- 76001-33-33-016-2022-00246-00

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado judicial principal del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, demandado dentro del proceso de la referencia, de conformidad con el poder a mí conferido, que anexo al presente escrito, procedo a **contestar la demanda**, de acuerdo con el contenido del auto de sustanciación N° 1199 del 28 de octubre de 2022 de su Despacho.
Para ello, siguiendo el orden propuesto en la demanda, estructuraré la contestación de la demanda con base en el siguiente esquema:

I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA
II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA
III. EXCEPCIONES DE FONDO
IV. PRUEBAS
V. ANEXOS
VI. PETICIONES
VII. NOTIFICACIONES

I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Por ser las pretensiones absolutamente infundadas, y al considerar que no existe falla probada en el servicio, ni daño antijurídico indemnizable, ni nexo causal entre aquélla y éste, expresamente manifiesto que no puede surgir obligación indemnizatoria para mi poderdante.

En efecto, respecto de la falla probada del servicio, la misma parte demandante induce en confusión al Despacho y a las demás partes al plantear la acción, porque si en verdad tiene algún tipo de certeza acerca de cuál entidad demandada incurrió en esa falla, entonces así debió señalarlo sin involucrar a las demás, pero si no tiene tal certidumbre, entonces no le es dable vincularlas a todas al desgaire sin mediar siquiera un mínimo ejercicio de atribución de culpabilidad.

Al no poder efectuar ese juicio atributivo respecto de mi poderdante, más allá de la imprecisa retórica, no demostrada, referida por la apoderada del único actor, fundada *in abstracto* en las obligaciones legales de las IPS, respecto del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** el daño sufrido por el paciente no es antijurídico, lo cual implica que para él no existe obligación de reparar, por lo que el paciente está obligado a soportarlo. Y mucho menos debido a la potísima circunstancia que explica que el paciente cursaba con varias patologías de base muy severas como la *diabetes mellitus* y la *retinopatía diabética,* las cuales, aunadas a las dificultades administrativas para practicarle la vitrectomía posterior, condujeron a la pérdida de visión del ojo derecho del paciente.

Y como lógico corolario de esta dispar acción me permito cuestionar la legitimidad y eficacia del nexo causal entre la supuesta falla probada del servicio y el daño, que no es antijurídico, en la medida en que la parte demandante no logró situar esa indispensable conexidad del daño con una determinada acción o una omisión de mi poderdante, pues en más del noventa por ciento (90%) de los hechos de la demanda, claramente resumidos en su hecho vigésimo quinto (25°), la supuesta falla del servicio y su conexión con el daño están radicados en la EPS.

Ahora bien, en la declaración N° 2.1.2 del líbelo, cuando el demandante solicita la declaración judicial de responsabilidad extracontractual y administrativa del **INSTITUTO PARA NIÑOS**

CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA *"por la omisión en la prestación de servicios con eficiencia y calidad, con sus atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, al poner barreras administrativas que no permitieron después de la autorización la realización de un procedimiento en oportunidad"* está deliberadamente escindiendo el aspecto causal de la acción, pues, de una parte, radica en la EPS la falla del servicio tras la falta de oportunidad en la autorización y, de otra parte, intenta arraigar en la IPS la raíz del daño al considerar, equívocamente, que éste se produjo luego de la autorización inoportuna de la EPS, como si hubiese existido una multiplicidad de causas de cuyo nexo no ofrece explicación alguna, lo cual resulta antitécnico.

En consonancia con lo anterior, el que en las pretensiones condenatorias no haya solicitud de condena solidaria para las demandadas, sino "*de acuerdo al (sic) nivel de participación en el daño que sea determinado por el despacho*" configura, asimismo, una falta de técnica jurídica que debe ser advertida desde el comienzo por el Señor Juez, pues afecta la idoneidad de la *causa petendi*, lo cual determina también de manera decisiva el marco conceptual dentro del cual debe proferirse la sentencia.

De la misma manera, existe en la parte demandante una gran incertidumbre acerca del momento exacto en que ocurrió el hecho dañoso, pues en la liquidación del lucro cesante señala como hito del consolidado y el futuro "*el 14 de julio de 2020 (fecha de orden para cirugía prioritaria incumplida, que generó efectos siguientes (sic) de imposibilidad de implantar el lente…y ablación de cuerpo ciliar del ojo derecho…)*", mientras que en los hechos de la demanda esa fecha ni siquiera se menciona.

Respecto de los perjuicios solicitados, debo manifestar, *in genere*, que me opongo a que se reconozca cualquier clase de perjuicios, por cuanto ese concepto va íntimamente ligado con la antijuridicidad del daño, el cual no existe, como se planteará en la excepción de mérito correspondiente, toda vez que el factor antijuridicidad no está presente en los hechos acaecidos.

Adicionalmente, resulta pertinente poner de presente al Despacho que los conceptos solicitados como perjuicios por la parte actora tienen varias deficiencias.

En primer lugar, respecto de los perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante consolidado y futuro no está demostrada ni su certeza ni su cuantía, por lo cual ese rubro deberá

descartarse. Llama la atención que la apoderada del demandante al liquidar el lucro cesante presente al demandante como occiso.

En segundo lugar, en relación con los perjuicios inmateriales deberá tenerse como tope el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y ocupacional dictaminado para aplicar a los niveles determinados por la jurisprudencia del Consejo de Estado debidamente citada por la apoderada del actor.

No es difícil darse cuenta de que el reproche fundamental que hace la demanda es contra la conducta de la EPS debido a demoras en las autorizaciones, por lo que carece de sentido explorar presuntas fallas en las oquedades de las conductas de los demás demandados.

En tal virtud, Señora Juez, desde ya, le ruego se sirva desestimar en la sentencia dichas pretensiones y condenar en costas a la parte actora.

II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A los hechos primero a séptimo: No me constan.

Dado que no son hechos que le conciernan directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me constan** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Estos hechos hacen referencia a la afiliación del paciente a la EPS y al desempeño de Coomeva y su vigilancia administrativa.

Al hecho octavo: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Sin embargo, este hecho debe analizarse en conjunto con el hecho décimo, por lo que me permito llamar la atención del Despacho en el sentido de advertir que la fecha del diagnóstico (16 de septiembre de 2019) que se le hizo al paciente en la Clínica Oftalmológica dista casi ocho meses de la fecha (12 de mayo de 2020) en que el señor Desiderio Hernández tuvo su primera consulta en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA.** De la misma manera, los antecedentes, en particular la diabetes mellitus y la retinopatía diabética (páginas 26 a 28 del archivo digital de anexos de la demanda), los signos y síntomas del paciente, si bien podían ser prácticamente los mismos en las dos consultas, a la luz de la escueta y parca descripción del hecho, tiene una doble circunstancia muy significativa en la prestación de la atención médica en ésta última institución: 1) De una parte, el complejo proceso de atención personalizada a los pacientes con ocasión de la pandemia del Covid-19 y 2) De otra parte, que el paciente ameritaba una valoración y manejo por retinólogo, al tiempo que requería de una angiorretinofluoresceinografía en ambos ojos.

Al hecho noveno: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Este hecho hace referencia al desempeño de Coomeva y su vigilancia administrativa.

Al hecho décimo: No me consta.

Dado que no es un hecho que le concierna directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Tal como lo indicara en la respuesta al hecho octavo precedente, este hecho debe analizarse en conjunto con él, puesto que, desde el punto de vista cronológico, la apoderada de la parte actora no hizo un recuento ordenado de los hechos. Así, debe entenderse que durante 2019 el

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA no tuvo injerencia alguna en la atención de paciente Hernández.

Al hecho décimo primero: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Este hecho hace referencia al desempeño de Coomeva y su vigilancia administrativa.

Al hecho décimo segundo: NO ES CIERTO.

En la historia clínica del paciente Desiderio Hernández en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** consta que el 12 de mayo de 2020 fue atendido por el médico oftalmólogo Dr. Harold Alvarado Ruíz, quien anotó en la misma los antecedentes y plan de evolución, destacándose la diabetes y las cataratas en ambos ojos con lentes intraoculares. Resaltó el que el paciente hubiera referido tener pérdida de visión hacía siete (7) meses, encontrándose luxado hacia el vítreo el lente intraocular del ojo derecho que había sido implantado 17 años atrás, es decir que se encontraba en mala posición. Como diagnóstico relacionado anotó retinopatía diabética y como conducta la ya citada luxación del lente intraocular (LIO) en ojo derecho enganchado en iris. El Dr. Alvarado decidió que el paciente debía ser valorado y manejado por un retinólogo, considerando que debía efectuarse un examen especializado denominado angiorretinofluoresceinografía en ambos ojos.

Ese examen de angiografía fue realizado el 18 de junio de 2020 por la Dra. Leslie Marcela Zapata Prado, según consta en la historia clínica correspondiente.

En tal virtud, **no es cierto** que el proceso del señor Hernández hubiera comenzado el 30 de junio de 2020.

Posteriormente, ahí sí, el 30 de junio de 2020 fue atendido por la oftalmóloga retinóloga Dra. Derly Jackeline Valenzuela Leal, según consta en la historia clínica del paciente en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, quien encuentra paciente

diabético de 17 años de evolución, con una hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 7.6% (mal controlado), con resultado de OCT (tomografía óptica coherente): con severa opacidad de medios ojo derecho (OD), severo edema macular diabético clínicamente significativo y quístico OD; angiografía: con retinopatía hipertensiva de ambos ojos (AO), retinopatía diabética proliferativa OD, edema macular difuso AO, retinopatía diabética severa no proliferativa de ojo izquierdo (OI). Al examen físico (EF) se encuentra adicional a la evaluación anterior, OD: mácula con abundantes exudados lipídicos, hemorragias en mancha, polo posterior con gran exudación lipídica, exudados blandos, periferia sin lesiones. OI: hemorragias en mancha y en punto en 4 cuadrantes, retina aplicada. Ordena: inyección intravítrea con Aflibercept en AO de manera prioritaria, y luego de la aplicación, vitrectomía posterior (VPP).

Según consta en la correspondiente historia clínica, **el 24 de julio de 2020**, previa suscripción de los consentimientos informados para intervenciones quirúrgicas y procedimientos especiales y de Covid-19, adoptando las más extremas medidas de seguridad, la Dra. Valenzuela efectuó la cirugía, sin complicaciones, consistente en aplicar la inyección intravítrea de sustancia terapéutica.

El **28 de julio** siguiente, la Dra. Valenzuela realizó la correspondiente valoración postoperatoria, a la espera de la correspondiente autorización para la continuidad del ordenamiento médico, vale decir, la vitrectomía posterior (VPP), la extracción del LIO luxado, implante de LIO artisan de afaquia, endoláser y gas en el OD.

De acuerdo con la historia clínica, el paciente fue valorado por la Dra. Valenzuela el **4 y 8 de agosto**, al igual que **el 1° de septiembre de 2020**, sin cambios en su cuadro clínico.

No se entiende cómo la apoderada de la parte actora, deliberadamente, omitió hacer referencia a las atenciones precedentemente reseñadas en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA,** a pesar de que en las documentales aportadas con la demanda está la historia clínica del paciente Hernández en dicha institución en la que se dejó la debida constancia.

A los hechos décimo tercero a décimo quinto: No me constan.

Dado que no son hechos que le conciernan directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me constan** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en

cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Con todo, del relato allí contenido es posible inferir que el paciente había sido debidamente atendido en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** y que por varios medios había intentado que Coomeva EPS autorizara la continuidad del procedimiento ordenado.

Al hecho décimo sexto: NO ES CIERTO.

En la forma como está redactado el hecho, la apoderada de la parte actora sugiere, sin probarlo, pues en las documentales aportadas no existe escrito alguno que lo verifique, que el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** hubiese condicionado la realización del procedimiento quirúrgico a su pago anticipado por Coomeva EPS.

Al examinar el documento contenido en la página 98 del archivo digital de anexos de la demanda, que hace referencia a la "Autorización de Servicios de Salud- Anexo Técnico N° 4 del 17 de noviembre de 2020", al lado derecho al final de la página se aprecia estampado un **sello de recibido del Instituto para Niños Ciegos y Sordos**, con fecha **28 de diciembre de 2020**, en el que se lee "**Programación de Cirugía**". Este documento debe leerse en consonancia con el que se encuentra contenido en la pág. 91 del archivo de anexos de la demanda, que hace referencia a la "Autorización de Servicios de Salud- Anexo Técnico N° 4 del **14 de mayo de 2021**", en donde al final de la página en el lado izquierdo en donde se lee Observaciones se explica que "Se modifica fecha de creación de orden con VoBo de la jefatura Nacional de Prestación de Servicios de Salud correo del viernes 22/01/2021 4:44 p. m. [Reimpresión AMHENAOO = **orden vencida solicitada por el prestador para programar cirugía**] Solicitud POS". Al final del documento en el centro del mismo, se lee: "**Esta autorización es válida por 90 días a partir de la fecha de expedición**", al igual que lo indica el documento de la página 98 del archivo digital de anexos de la demanda, por cuanto es una proforma (EPS-FT-063).

Con posterioridad a la orden de noviembre de 2020 a que hace referencia el hecho, tal como consta en la historia clínica del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** (páginas 92 a 97 del archivo digital de anexos de la demanda), voluntariamente y con conocimiento de causa, el señor Hernández suscribió el **11 de marzo de 2021** los

consentimientos informados para intervenciones de anestesia, diligenció el formato de entrevista clínica para paciente previa atención y en la misma fecha fue valorado preanestésica y prequirúrgicamente.

La cirugía se llevó a cabo el 28 de mayo de 2021.

A los hechos décimo séptimo y décimo octavo: No me constan.

Dado que son hechos que no le atañen directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me constan** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Al hecho décimo noveno: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne entera y directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Este hecho hace referencia en mayor medida al desempeño de Coomeva y su vigilancia administrativa.

Ahora bien, en lo que respecta a la **cirugía llevada a cabo el 28 de mayo de 2021**, se encontró que el paciente presentó hemorragia vítrea densa desorganizada, desprendimiento de polo posterior y desprendimiento traccional de retina en área macular. Y **es cierto** que no se realizó inserción de LIO de artisan por hallazgo de glaucoma neovascular (vasos anómalos en el iris). La retinóloga y cirujana del procedimiento, la Dra. Valenzuela anotó el 1° de junio de 2021 en la historia clínica que este hallazgo es una complicación de la retinopatía diabética que no se pudo detectar antes debido al retraso en la cirugía y a la falta de controles por la consulta.

A los hechos vigésimo y vigésimo primero: SON CIERTOS.

A pesar de ser ciertos, les falta información. Así, en el control postoperatorio del 1° de junio de 2021, con ocasión del hallazgo del glaucoma neovascular la Dra. Valenzuela solicitó valoración

urgente por glaucomatólogo y control con retinólogo. Dejó manejo médico y solicitó inyección intravítrea con Ranivizumab, tal como está consignado en la historia clínica del paciente Desiderio Hernández en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** (páginas 76 a 78 del archivo digital de anexos de la demanda).

El 17 de junio de 2021, el paciente Hernández fue valorado por el oftalmólogo glaucomatólogo Dr. Pedro Ignacio Quevedo Celsi, quien lo encontró con afaquia en OD, AV: OD: no percibe luz (NPL), OI: 20/60. OD: cámara anterior con ángulo cerrado por rubeosis, PIO: OD: 40, OI: 22. Excavación: OD: no valorable, OI: 0.4. El Dr. Quevedo solicitó trabeculoplastia láser, la cual se realizó ese mismo día, previa suscripción del correspondiente consentimiento informado y solicitó, además, ciclofotocoagulación transescleral, que se llevó a cabo el 23 de junio de 2021. Al día siguiente (24 de junio de 2021) en control POP con el Dr. Quevedo, paciente con buena evolución con PIO OD: 14, OI: 16. Dejó con manejo médico y control en 3 meses, todo lo cual consta en la historia clínica del paciente Desiderio Hernández en el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** (páginas 45 a 56, 70 y 71 del archivo digital de anexos de la demanda).

El 14 de septiembre de 2021, fue valorado en control por la Dra. Valenzuela, con examen físico sin cambios, y solicitó tomografía de coherencia óptica (OCT) de control y valoración con reporte (páginas 148 a 154 del archivo digital de anexos de la demanda).

El 28 de octubre de 2021, fue examinado nuevamente por el Dr. Quevedo, quien valoró OCT que reporta mácula con adhesión vítreomacular y edema macular exudativo del OI. AV por optometría: OD: NPL, OI: 20/20. PIO: OD: 0, OI: 14. Solicitó valoración por medicina laboral para determinar discapacidad por pérdida total de visión del OD (páginas 38 y 39 del archivo digital de anexos de la demanda).

A los hechos vigésimo segundo a vigésimo cuarto: No me constan.

Dado que son hechos que no le conciernen, directamente, a mi poderdante, debo señalar que no me constan y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Al hecho vigésimo quinto: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne directamente a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Con prescindencia de la correspondiente valoración que la Señora Juez se sirva dispensar al documento apócrifo denominado "Concepto de Auditoría Médica por Responsabilidad Médica Legal" (páginas 297 a 302 del archivo digital de anexos de la demanda), suscrito por la médico cirujana Dra. Luz Amparo Mejía Martínez, quien no es oftalmóloga, así como de la respectiva contradicción que de él se haga en el momento procesal pertinente, con todo, téngase en cuenta que allí no existe un reproche a la conducta del equipo médico especializado del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, lo cual ratifica el argumento de mi oposición a las pretensiones de la demanda en cuanto que mi poderdante no debió haber sido vinculada a la misma.

III. EXCEPCIONES DE FONDO

EXCEPCIÓN PRIMERA.- LOS ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR LOS MÉDICOS DEL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA SE CUMPLIERON CON LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO, CONFORME CON LA *LEX ARTIS* Y SIN CULPA

A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico la conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar, el médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco, también llamado idiosincrásico de cada paciente. Por ello, los protocolos de manejo que hoy son esgrimidos como herramienta probatoria a efecto de determinar la imputación o responsabilidad, constituyen en principio solo guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de la *lex artis* se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que "*debe hacerse",* lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebidos, son aceptados por la literatura médica donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, hasta que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

Concluyese de lo anterior que, en materia médica, es válida la afirmación en cuanto que a "*cada acto, una ley*", en la idea de que cada acto médico precisa para su adecuado ajuste de corrección, es decir, para valorar tanto el elemento causal, autor y diligencia desplegada, como el efecto o fin obtenido, resultado de dicho acto en el paciente, la preexistencia de una *lex* que así lo juzgue o, incluso, y en razón de la peculiar gestación de este en relación con aquel, se podría hasta opinar que es el mismo acto el que genera, por una especie de mecanismo de autorregulación, su propia ley, con la que, indefectiblemente, habrá de enjuiciarlo.

En el presente asunto, el comportamiento de los médicos especializados del EL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA en el momento clínico que le correspondió desde mayo de 2020 hasta octubre de 2021, se ajustó a las guías, protocolos, procedimientos y, en general, a todos aquellos principios y normas que informan y configuran la *lex artis* de la ciencia médica en punto de la atención de un paciente en el campo de la oftalmología, la retinología y la glaucomatología.

Y ello se desprende de la circunstancia que permite calificar, conforme al cumplimiento de estándares válidamente reconocidos, y desde una perspectiva positiva, que la conducta médica desde mayo de 2020 hasta octubre de 2021 no solo fue heroica, sino que también fue absolutamente diligente y con el debido, necesario e indispensable cuidado para brindarle al paciente el tratamiento adecuado a la compleja patología que presentaba, tal como quedó registrado en la historia clínica. Desde otra perspectiva, es dable señalar que tal conducta no puede ser objeto de reproche alguno, por lo cual no puede ser objeto de atribución culposa en manera alguna.

<u>EXCEPCIÓN SEGUNDA</u>.- LA CALIFICACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO ES UN CRITERIO DETERMINANTE PARA PRECISAR EL ALCANCE DE LA

PRESTACIÓN A QUE ESTABA OBLIGADO EL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Desde el punto de vista de la atención al paciente Manuel Desiderio Hernández Ríos por parte de los médicos del INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, es dable afirmar que fue tratado conforme al diagnóstico que se le dio, de conformidad con los signos y síntomas que presentó tal como se consignó en la correspondiente historia clínica.

A los distintos especialistas del **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA** le correspondió atenderlo cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular le exigía, empleando todos los medios a su alcance para procurar por la salud de la paciente, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado, en razón, precisamente, de las características propias de dicha disciplina y en atención al reconocimiento de los factores de riesgo que conlleva todo tratamiento médico, que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente.

Y es que el médico contrae frente al paciente una **obligación de medio** y no de resultado, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Basta traer a colación la posición adoptada por el Consejo de Estado sobre el particular:

> "...*Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad*"[1]

[1] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de 24 de agosto de l998. Expediente 11.833 C. P.: Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros.

En igual sentido, la Corte Constitucional señaló que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado.[2]

Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio.[3]

Y lo mismo se deriva de la ley 1438 del 19 de enero 2011, que en su artículo 104, modificatorio del artículo 26 de la ley 1164 de 2007, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones asumidas por el equipo médico del INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA son obligaciones de medio y no de resultado, determinan, por un lado, el alcance de la prestación a que estaba obligada, al tiempo que, por otro lado, condicionan la carga de la prueba en cabeza de la parte actora.

EXCEPCIÓN TERCERA: CABAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES POR EL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA.

El INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA cumplió a cabalidad las obligaciones legales relacionadas con la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud, tal como lo establece la letra i) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993. Bajo ese predicado, asimismo, cumplió fielmente con las obligaciones derivadas de los convenios suscritos con Coomeva EPS, los cuales respetan las disposiciones legales y garantizan el acatamiento a los principios, propósito y características básicas del mencionado sistema.

EXCEPCIÓN CUARTA: INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURANTES DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA.

[2] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-645 del 26 de noviembre de 1996. M. P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero.
[3] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez.

Se fundamenta esta excepción en la inexistencia de los elementos estructurantes de la responsabilidad administrativa (daño antijurídico, falla probada del servicio y relación causal entre aquél y ésta) para el caso concreto, lo que extingue cualquier posibilidad de despachar favorablemente la condena pretendida por la parte actora en su demanda en contra de mi poderdante el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA.

Así, se tiene que no existe un daño antijurídico[4] para el demandante, en los términos del artículo 90 Superior, por cuanto el daño sufrido por el señor Manuel Desiderio Hernández Ríos no puede ser imputable a la Administración, ni tampoco, por virtud del fuero de atracción, a los otros demandados, entre ellos mi poderdante el INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, sino que más bien es una de aquellas ineluctables eventualidades del riesgo de padecer de diabetes mellitus y de retinopatía diabética que forzosamente tiene que ser aceptada y soportada por el demandante señor Hernández Ríos.

Tampoco existió una falla probada del servicio[5] por parte de la Administración, por lo que, extrapolando, por virtud del fuero de atracción, a mi poderdante el **INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA**, se puede afirmar que su equipo médico actuó con diligencia y sin culpa, pues su conducta no contribuyó en manera alguna a que el servicio público hubiera fallado.

Y mucho menos se puede establecer, entonces, un nexo causal entre el daño, que ya se anotó no es antijurídico y que el demandante debe soportar, con la conducta carente de culpa de la

[4] De acuerdo con la regulación constitucional sobre la responsabilidad patrimonial del Estado, es a partir del daño antijurídico que ésta se estudia. El artículo 90 de la Carta contiene el fundamento de la responsabilidad estatal. Establece en su primer inciso: *"El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas" (subrayas fuera de texto).* Ello significa que el Estado debe reparar los daños y perjuicios que las personas no están obligadas a soportar por imperativo u otro vínculo jurídico, siempre que sean consecuencia de su acción o de su omisión. CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 27 de septiembre de 2000 (exp. N° 11601). C. P. Dr. Alier Eduardo Hernández Enríquez y Sentencia del 28 de enero de 2015 (exp. N° 32912). C. P. Dr. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

[5] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 5 de marzo de 2015 (exp. N° 30102). C. P. Dr. Danilo Rojas Betancourth.

Administración y por extensión, en virtud del fuero de atracción, del INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA, como se acaba de exponer.

<u>EXCEPCIÓN QUINTA</u>.- VIOLACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE MANUEL DESIDERIO HERNÁNDEZ RÍOS AL DEBER LEGAL DE AUTOCUIDADO

El comportamiento negligente del paciente Manuel Desiderio Hernández Ríos frente al manejo de su salud con ocasión de la diabetes mellitus mal controlada que se reflejó en la retinopatía diabética de sus dos ojos, en especial el derecho, implica una franca vulneración al deber constitucional previsto en el inciso 5° del artículo 49 de la Constitución Política, reiterado en los literales a) y b) del inciso 2° del artículo 10 de la ley 1751 del 16 de febrero de 2015 (Ley Estatutaria de Salud)[6], en cuanto que no procuró el cuidado integral de su salud, creando un riesgo que ponía en peligro su propia integridad personal. El autocuidado de la salud, en cuanto deber del ciudadano, es una contrapartida al derecho a la salud, que supone una limitación a su ejercicio, pero no a su contenido, atendiendo, entre otros factores, al trasfondo solidarista propio del Estado Social de Derecho, en donde la mejor manera como el ciudadano puede colaborar con la salud *in genere*, comienza por el comportamiento prolijo de tener esmero con la propia, lo cual, al final, es un beneficio individual que también va a redundar en el bienestar colectivo.[7] En el

[6] Véase CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014 (expediente N° PE-040). M. P. Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. "[…] En el caso del deber establecido en el literal *a)* cuyo tenor es *"Propender por su auto-cuidado, el de su familia y el de su comunidad"* se tiene que es expresión del deber contenido en el inciso 5° del artículo 49 de la Carta que establece como deber para las personas, el de *procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad*. Derivado del mismo deber constitucional es el del literal *b)* del inciso 2° del artículo 10 del proyecto, cuyo enunciado reza *"Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención"*. En relación con este segundo deber, obsérvese que tiene lugar en tanto y en cuanto se cumpla previamente el deber, en cabeza de los responsables del servicio de salud, de formular los programas de prevención y promoción pertinentes […]".

[7] Véase ZAVALEY, Rodolfo Nicolás y SOMMER, María Agustina Jacinta. *El deber de cuidar la salud*. p. 104. "[…] El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. El autocuidado es definido por como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar, haciendo énfasis en la prevención de una mala salud. El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada. El autocuidado se produce a medida que los individuos se ocupan en acciones para cuidar de sí mismos influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno […]". Disponible en internet:

presente caso, el demandante señor Hernández Ríos incumplió flagrantemente ese deber de autocuidado de la salud. Por ello, es censurable que en su propio beneficio y en el de su entorno familiar pretenda ahora venir a alegar su propia culpa, vulnerando así el principio sempiterno "*nemo auditur propriam turpitudinem allegans*".

EXCEPCIÓN SEXTA.- AL CORRESPONDERLE LA CARGA DE LA PRUEBA A LA PARTE ACTORA IMPLICA QUE SI NO ACREDITA FEHACIENTEMENTE LA CULPA MÉDICA Y LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD CON EL DAÑO NO SERÁ POSIBLE ATRIBUIR RESPONSABILIDAD A LOS DEMANDADOS, ENTRE ELLOS MI PODERDANTE.

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*[8], ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. Los médicos, como en este caso, por antonomasia procuraron preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó la terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar a la paciente en la medida de lo posible, no obstante, las muy difíciles condiciones impuestas por su patología de base.

Si bien es cierto que la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, ello lo es, sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido, el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio médico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una

---

https://www.google.com/url?hl=en&q=https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12809/pj2_capitulo_05.pdf?sequence%3D7%26isAllowed%3Dy&source=gmail&ust=1488297621480000&usg=AFQjCNHBJg3VB_Vk0WIHQwW5bGfmNv7Idg

[8] PARRA GUZMÁN, Mario Fernando. *Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica*. Bogotá: Doctrina y Ley, 2004, p. 45, cuando señala "*es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, está referido, sobre todo, al problema de la carga de la prueba: en las obligaciones de medio le corresponderá al acreedor (de la atención medica) en este caso, al paciente, demostrar la negligencia del profesional de la medicina y de la institución hospitalaria, y de acuerdo con ello, al profesional y a la institución les corresponderá probar que fueron lo suficientemente cuidadosos y prudentes para trata de lograr el resultado, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad.*"

reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Bien lo señaló la Corte Suprema cuando afirmó que "*el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado*". [9]

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad medica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa médica, y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado[10] se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer que la medicina no configura una actividad riesgosa, ejercida con fundamento en los cánones señalados por la *lex artis,* máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo, o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que, en general, son de medio.

En ese sentido, el tratadista Javier Tamayo Jaramillo expresó:

> "*tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa debe ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente, que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en sí mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el alea de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado*".[11]

---

[9] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001 (exp. N° 5507). M. P.: Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

[10] Sentencia de 5 de marzo de 1940 y reiterada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad médica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 ya citada.

[11] TAMAYO JARAMILLO, Javier. *La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas.* Bogotá: Temis 1997, p. 154.

En esta materia basta señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general buscan la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

Las ciencias, sean naturales o sociales, no son del dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador, so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad, no puede cargar la ignorancia de la causa al médico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir al médico en receptor inadecuado de la causalidad, y aplicar las consecuencias presuntivas de ella en su contra. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es un aplicador silente de la norma, es creador y garante de valores sociales, de reglas de convivencia y de derechos.

De conformidad con las normas procesales aplicables, le corresponde a la parte actora probar el supuesto de hecho de la norma que consagra el efecto jurídico que ella persigue.

EXCEPCIÓN SÉPTIMA.- TENIENDO EN CUENTA QUE EL RÉGIMEN DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA ES EL SUBJETIVO DE LA CULPA PROBADA, SI LA PARTE ACTORA NO LA ACREDITA, SUS PRETENSIONES DEBEN SER DESESTIMADAS

La responsabilidad civil es una de las fuentes de las obligaciones y básicamente consiste en la obligación que surge para un sujeto de derecho de indemnizar el daño que ha causado, de manera directa o indirecta, a otro sujeto de derecho que lo sufre. Esa indemnización puede ser determinada en dinero o *in natura*.

Generalmente, la responsabilidad civil se ha clasificado en dos grandes áreas, dependiendo si la obligación indemnizatoria surge de un acto jurídico o de un hecho jurídico. Es decir, si ha mediado o no la existencia de un contrato. Por ello, en la legislación colombiana es posible establecer la clasificación en responsabilidad civil contractual (arts. 1602 y s.s. del Código Civil) o en responsabilidad civil extracontractual (responsabilidad común por los delitos y las culpas, arts. 2341 y s.s. del Código Civil).

A su turno, la responsabilidad médica en cuanto "*modalidad específica de la profesional, configura [un] sistema compuesto por la proyección e incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad sicofísica de la persona, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y los derechos fundamentales del sujeto*"[12], que también está sujeta a la clasificación general de la responsabilidad civil, como ya se advirtió, en contractual o extracontractual, se reitera, dependiendo de si entre los sujetos existe un vínculo jurídico previo (contrato).

Desde otra perspectiva, la responsabilidad civil de tipo extracontractual ha sido subclasificada en responsabilidad por el hecho propio, responsabilidad por el hecho ajeno, responsabilidad por el hecho de las cosas y responsabilidad por actividades peligrosas. También existe una categorización de la responsabilidad civil en donde está ausente la culpa en cuanto factor de atribución y es la responsabilidad objetiva.
Ahora bien, haciendo abstracción a ciertas modalidades de la responsabilidad civil, como lo son la responsabilidad por actividades peligrosas y la responsabilidad objetiva, desde el punto de vista de la carga de la prueba existe una previsión global, consagrada en las normas sustanciales y procesales aplicables[13], la cual preceptúa que le corresponde a la parte actora probar el supuesto de hecho de la norma que consagra el efecto jurídico que ella persigue. Este paradigma, previsto en la ley, como regla general, ha sido reiterado tanto por la Corte Constitucional[14] como por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en copiosa jurisprudencia[15].
Ahondando en los argumentos del canon precitado, basta señalar que ya en el Derecho Romano, desde el mismo momento en que se formuló la concepción de la *actio*, se estableció que la carga de probar recaía en el actor, lo cual no hace sino validar la inmanente relevancia del clásico ordenamiento y su permanente influjo en el Derecho moderno.[16] En ese mismo sentido se

[12] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de noviembre de 2011 (Referencia: 11001-3103-018-1999-00533-01). M. P. Dr. William Namén Vargas.
[13] Artículos 1.757 del Código Civil y 167 del Código General del Proceso.
[14] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-070 del 25 de febrero de 1993 (Demanda N° D-134). M. P.: Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz; Sentencia C-202 del 8 de marzo de 2005 (Exp. N° D-5336). M. P.: Dr. Jaime Araujo Rentería y Sentencia C-086 del 24 de febrero de 2016 (Exp. N° D-10902). M. P.: Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.
[15] Véanse las sentencias de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil del 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.); del 15 de marzo de 1996. M. P.: Dr. Carlos Esteban Jaramillo Schloss; del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez Gómez; del 18 de mayo de 2005. M. P.: Dr. Jaime Arrubla Paucar; del 22 de julio de 2010: M. P.: Pedro A. Munar y del 30 de noviembre de 2011. M. P.: Dr. Arturo Solarte, entre otras.
[16] MICHELI, Gian Antonio. *La Carga de la Prueba.* Bogotá: Temis, 1989, p. 21-22. "*La estructura romana del proceso, con el admirable equilibrio entre los poderes de las partes, ha dado a la*

pronunció la Corte Constitucional con motivo del examen de exequibilidad de una norma de carácter procesal. [17]

En tal virtud, la jurisprudencia y la doctrina han puntualizado que la responsabilidad médica es por culpa probada, vale decir, que el demandante tiene la carga de la prueba de demostrar no solo el daño, sino también la conducta culpable del profesional de la salud, o de la EPS o de la IPS, al igual que el nexo causal de aquél con ésta. Y los demandados, tienen la carga de probar los hechos exceptivos que en su defensa pretendan acreditar.

Teniendo claros estos principios y asentada su pertinencia, es oportuno señalar que cuando se justiprecian los medios de prueba aducidos por la parte actora surge para el juzgador la inquietud acerca de si el demandante puede llegar a cumplir eficazmente con la carga de la prueba y, con ello, lograr que se le concedan sus declaraciones y condenas en contra de la parte pasiva, o si, por el contrario, cuando se efectúa la petición de pruebas, ya el fallador puede advertir que la carga de la prueba no va a ser satisfecha y, por ende, también resultarán insatisfactorias las pretensiones introducidas con la acción. En el presente caso es evidente que en la parte actora no se vislumbra un mínimo ejercicio de la carga de la prueba, por lo que esa falta de acreditación debe conducir, necesariamente, a que el Despacho desestime de plano las pretensiones de la demanda.

<u>EXCEPCIÓN OCTAVA</u>: LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

---

formulación de las reglas sobre el onus probandi *una perfección y una universalidad, que todavía hoy no se desmienten*".

[17] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-070 del 25 de febrero de 1993 (Demanda N° D-134). M. P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz. *"Luego de una prolongada evolución, las reglas de la carga de la prueba en materia civil han decantado hasta el punto que es posible resumir su doctrina en tres principios jurídicos fundamentales:* "onus probandi incumbit actori"*, al demandante le corresponde probar los hechos en que funda su acción;* "reus, in excipiendo, fit actor"*, el demandado, cuando excepciona, funge de actor y debe probar los hechos en que funda su defensa; y,* "actore non probante, reus absolvitur"*, según el cual el demandado debe ser absuelto de los cargos si el demandante no logra probar los hechos fundamento de su acción"*.

IV. PRUEBAS

Respetuosamente, me permito solicitar se sirva ordenar la práctica de las siguientes pruebas:

DOCUMENTALES

1) Historia clínica del paciente Manuel Desiderio Hernández Ríos.

2) Informe de Auditoría Médica INCS del 12 de julio de 2022.

3) Artículo en pdf de DUBÓN PENICHE, María del Carmen y MENDOZA LARIOS Laura Alejandra. Retinopatía Diabética. En: Revista de la Facultad de Medicina (México). Vol 55. N° 1. Ciudad de México. ene/feb 2012. Disponible en internet: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000100010

INTERROGATORIO DE PARTE

Con el propósito de interrogarlo respecto de los hechos relacionados con el proceso, sírvase Señora Juez decretar la práctica del interrogatorio de parte del demandante **Manuel Desiderio Hernández Ríos**.

DECLARACION DE PARTE

Sírvase señor juez citar a rendir Declaración de parte al Dr. **Pedro Pablo Perea** representante legal del Instituto PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA demandado, para que comparezca a responder en audiencia que Ud. fije cuestionario que le estaremos formulando en su oportunidad. Cítese a la dirección que obra en el proceso.

TESTIMONIAL

De conformidad con el artículo 212 del Código General del Proceso, con todo comedimiento, Señora Juez, me permito pedir se sirva decretar la recepción del testimonio de las siguientes personas:

1) La Dra. **Derly Jackeline Valenzuela Leal**, quien puede ser citada a través del Instituto, con el objeto de que declare respecto de los hechos 3.12, 3.15, 3.16, 3.19 a 3.21 de la demanda y de la presente contestación de la demanda, particularmente respecto de la atención al paciente, especialmente para que confirme y explique los datos y registros consignados en la historia clínica.

2) El Dr. **Pedro Ignacio Quevedo Celsi**, quien puede ser citado a través del Instituto, con el objeto de que declare respecto de los hechos 3.19 a 3.21 de la demanda y de la presente contestación de la demanda, particularmente respecto de la atención al paciente, especialmente para que confirme y explique los datos y registros consignados en la historia clínica.

3) El Dr. **Andrés Quiñones**, quien puede ser citado a través del Instituto, con el objeto de que declare respecto de su evaluación como Auditor Médico a la actuación de los médicos especialistas del Instituto para Niños Ciegos y Sordos desde mayo de 2020 hasta octubre de 2021 en la atención al paciente Manuel Desiderio Hernández Ríos.

V. ANEXOS

1) El Poder para actuar en formato pdf.

2) El certificado de existencia y representación legal del INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

3) Las pruebas documentales.

VI. PETICIONES

Respetuosamente, me permito solicitar, a la Señora Juez, se sirva acceder a las siguientes peticiones:

PRIMERA.- Tener por contestada, dentro del término legal, la demanda en nombre de

SEGUNDA.- Acceder al decreto de las pruebas requeridas.

TERCERA.- Declarar probadas las excepciones de mérito formuladas en la presente contestación de la demanda.

CUARTA.- Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, se sirva proferir sentencia de fondo en la que se denieguen las pretensiones de la demanda.

Y como consecuencia de la terminación del proceso:

QUINTA.- Condenar en costas y agencias en derecho a la demandante por las acusaciones infundadas y los costos asumidos por la defensa del presente proceso.

VII. NOTIFICACIONES

- Mi poderdante EL INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA en la Carrera 38 N° 5B1-39 de Cali y en el correo electrónico: **pedro.perea@ciegosysordos.org.co**

- El suscrito abogado en la Carrera 3 A Oeste N° 2-43 de Cali y en la Secretaría de su Despacho, así como en el correo electrónico: **harold.aristizabal@conava.net**

Sinceramente,

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 C. S. de la Jud.
correo electrónico (RNA): harold.aristizabal@conava.net