

LLAMAMIENTO EN GARANTIA  
=====

“ LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ”  
\*\*\*\*\*

PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA  
-----

RADICACION No. 2024 – 00322 - 00  
\*\*\*\*\*

JUZGADO CATORCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI  
\*\*\*\*\*

( COPIA PARA TRASLADO AL LLAMADO EN GARANTIA “ LA EQUIDAD SEGUROS  
GENERALES ” )

Doctor

**JESUS MARIO ORTIZ GARCIA**

Juez Catorce Civil del Circuito de Cali

E. S. D.



**REFERENCIA : LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

**PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA**

**RADICACION : No. 76001 3103 014 2024 00322 00**

**DEMANDANTES : MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA Y/OTROS**

**DEMANDADOS : HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI y  
LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES**

**LUÍS FERNANDO MONTAÑO MARTINEZ**, mayor de edad y vecino de Santiago de Cali, donde resido, identificado como aparece al pie de mi firma, **Abogado** en ejercicio con **Tarjeta Profesional No.52.884 del C.S. de la Jud.**, obrando en calidad de **Apoderado Judicial**, conforme al **Poder especial**, otorgado por el **Dr. CARLOS ALBERTO MORERA ORDOÑEZ**, **Director General y Representante Legal** del **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, con **Nit. No.890.303.841-8**, Poder que para constancia anexo en la **Contestación de la demanda** y copia para el presente escrito, respetuosamente manifiesto a su despacho, que conforme a lo dispuesto en los artículos 64, 65 y 66 del Código General del Proceso, concordantes con el artículo 225 de la Ley 1437 de Enero 18 de 2.011., y el artículo 90 de la Constitución Política de Colombia, formulo ante usted, **LLAMAMIENTO EN GARANTIA**, a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES**, legalmente establecida en Colombia, con **Nit. No.860.028.415-5**, cuya **Representación Legal** se encuentra establecida a través de su **REPRESENTANTE LEGAL**, con domicilio en la ciudad de **Bogotá D.C.**, en la **Carrera 9A No. 99 – 07 - Pisos 12 / 15**, para que se haga parte en el **Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Médica** y responda, sí, fuere necesario, frente a la expedición de las **Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional No. AA005294**, expedida la **1ª**. de ellas, en fecha **23 de Enero de 2.019**, con vigencia a partir de las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.019 hasta las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.020., y la **2ª**. en fecha **20 de Enero de 2.020**, con vigencia a partir de las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.020 hasta las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.021, cuyo tomador es el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, el **LLAMAMIENTO EN GARANTIA**, lo fundamento en los siguientes .....



## H E C H O S :

**PRIMERO**, Los demandantes, en cabeza de la señora, **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA** (madre de la afectada), mediante **Apoderado Judicial**, piden se condene solidaria, administrativa y extracontractualmente, responsables, al **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, y **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES.**, a pagar los perjuicios del orden **Material**, en las modalidades de **daño emergente** y **lucro cesante**, de un lado, de otro, **perjuicios del orden Moral**, en la modalidad de **perdida de oportunidad**, **daño a la Salud**, y, **daño a bienes convencional y constitucionalmente protegidos.**, si, los hubiere., con ocasión según el **actor de la demanda**, “la indebida atención médica brindada al parto de la señora, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA, que derivó en una asfixia perinatal y otros daños neurológicos permanentes de su hija Brianna Nicol Belalcázar Díaz”, **acto quirúrgico**, que se realizó sobre las horas de la tarde del día **26 de Septiembre del año 2.019**, en el **quirófano de obstetricia #02** del **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI.**-

**SEGUNDO**, Textualmente refiere el **actor de la demanda**, en los hechos **4º.-, 5º.-, 6º.- y 7º.-** del acápite de los mismos del **traslado de la demanda** (sin/foliaturo), surtido a este **HOSPITAL**: - “El 18 de Septiembre del 2019, mi cliente asistió al control prenatal con la Doctora Sandra Patricia Moreno Aguilar, Ginecóloga Obstetra, a quien le manifestó que estaba presentando dolor pélvico, tipo contracción que ya se irradiaba a la zona lumbar, pero sin salida de moco, ni sangrado, ni liquido vaginal, adicional le informo que presentaba problemas de respiración, por lo que, la galena ordeno una ecografía y de acuerdo a los resultados le informó que la niña se encontraba bien y con movilidad, por esta razón, le diagnosticó con contracciones primarias inadecuadas.” . . . . . “El 25 de Septiembre del 2019, la demandante asistió al control prenatal, siendo atendida por la Doctora María Adelaida Vélez G., Ginecóloga Obstetra, a quién le manifestó que se sentía muy enferma, con pérdida de líquido, cefalea, tinitus, mareo, y que su hija presentaba poca movilidad, por esta razón, la Doctora la hospitaliza y en horas de la noche, le realizan la primera inducción de parto, sin embargo, presento presión alta y no dilatación.” . . . . . “El 26 de Septiembre del 2019, siendo aproximadamente las 07:00 AM, mi cliente fue trasladada a sala de alto riesgo, donde le realizan una segunda inducción de parto, la cual fue fallida, ya que nuevamente no presento dilatación alguna, constantemente mi prohijada le informaba a las enfermeras y a la Doctora de turno que no sentía la niña, sin embargo, lo único que le realizan eran monitoreo porque presentaba trastorno de la presión; posterior a ello, siendo aproximadamente las 02:00 PM, le realizan la tercera inducción de parto, siendo igualmente fallida, no obstante, mi poderdante empezó a sentirse con daño de estómago, ganas de vomitar y mareada.” . . . . . “Siendo aproximadamente las 03:00 PM, la señora Milexis Andreina Díaz Rada, informo al doctor Smith Carrillo Baquero, Médico Pediatra, que se sentía muy

enferma y preocupada porque no sentía la niña, por lo que, fue valorada y de manera inmediata, el galeno solicitó el quirófano para la realización de cesárea por urgencia; como resultado la niña nace con BICHPS desfavorable, y le realizan tres reanimaciones porque nació asfixiada, siendo diagnóstica con asfixia leve y moderada.”

**TERCERO**, A reglón seguido relata y concluye, el *actor de la demanda*, en los hechos 8º.-, 11º.-, 12º.- y 13º.- del acápite de los mismos del *traslado de la demanda* (sin/foiliatura), surtido a este **HOSPITAL**, textualmente: - “El 27 de Septiembre del 2019, mi cliente procede a conocer a su hija por primera vez, pero observo que se estaba poniendo morada y apretaba las manitas, de manera inmediata le informo al doctor que si eso era normal, por lo que procedió a valorarla y determino que estaba presentando convulsiones, sufriendo tres episodios convulsivos, por lo que, deciden remitirla a una unidad de cuidados intensivos, siendo remitida a la CLINICA REMEDIOS DE CALI – VALLE, en donde se desarrolló las atenciones médicas posteriores.” . . . . . “Ante tal circunstancia, resulto más que evidente que los padecimientos de la menor BRIANA NICOLL, no eran congénitos, el registro documental, testimonial y pericial, determinan que fueron ocasionados por la mala praxis médica realizada por los galenos del Hospital San Juan de Dios, por lo que, la menor sufrirá de retraso mental permanente y deformidad física de carácter permanente, encefalopatía, microcefalia y convulsiones recurrentes.” . . . . . “Los hechos descritos ha afectado emocionalmente a los demandantes, pues ha dejado secuelas difíciles de mitigar, así mismo perjuicios inmateriales y materiales que deben ser indemnizados por las entidades demandadas.” . . . . . “El HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, suscribió un contrato de seguros con la ASEGURADORA EQUIDAD SEGUROS, con NIT 860028415 con la póliza de seguro Nro. AA005294 con vigencia del 07 de Enero del 2019 hasta el 07 de Enero del 2020 que aseguraba la responsabilidad contractual y extracontractual del Hospital San Juan en los eventos médicos a su cargo entre otros.”

**CUARTO**, El *artículo 64 del Código General del Proceso*, refiriéndose al **Llamamiento en Garantía**, textualmente establece: “Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.” Ahora bien, en concordancia con el *artículo 225 de la Ley 1437 de Enero 18 de 2011*, en los mismos términos y condiciones, refiriéndose al **Llamamiento en Garantía**, consagra textualmente: “Quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago



que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquél, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación”.-

**QUINTO**, Se tiene certeza, que en cabeza de los Doctores(as), **MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA**, **SANDRA PATRICIA MORERA AGUILAR**, **OLGA LUCIA CUERO VIDAL**, **CAROLINA RENDON RESTREPO**, **DIEGO LEONARDO MONSALVE PINTO** y **JORGE ELIECER VALENCIA RESTREPO**, todos ellos(as), **Médicos(as) Especialistas en Ginecología y Obstetricia**, de un lado, de otro, **SMITH CARRILLO BAQUERO**, **Médico Especialista en Pediatría y Neonatología**, se realizó la permanente, diligente y personalizada atención médica asistencial y quirúrgica a la señora, **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA**, junto a su **hija Recién Nacida**., durante su permanencia en la unidad **ARO** (alto riesgo obstétrico) del servicio de **Gineco-obstetricia** de este **HOSPITAL**, hasta que la **menor** en cuestión, fuera remitida sin contratiempos ni dilataciones, el mismo día de su alumbramiento, a la **UCI Neonatal** de la **CLINICA DE LOS REMEDIOS** de la ciudad de **Calí**, por parte de su **cuerpo médico especialista**, tratante e interviniente, inicialmente señalado e identificado.-

**SEXTO**, En razón al vínculo **contractual y laboral**, suscrito con el **cuerpo médico especialista**, tratante e interviniente, adscrito al servicio de **Gineco-obstetricia y Pediatría** de este **HOSPITAL**, que brindó personal, permanente, prudente y diligentemente, la atención médica asistencial y quirúrgica de la señora, **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA**, junto a su **hija, Recién Nacida**, mediante **Contratos Civiles de Prestación de Servicios Profesionales**, en el servicio anteriormente señalado, vigentes para la época de acontecimiento de los hechos que dieron origen al presente litigio, y dando cumplimiento a las estipulaciones convenidas en los mencionados contratos, en cabeza del **cuerpo médico especialista**, tratante e interviniente, anteriormente señalado e identificado, se realizó la atención médica asistencial y quirúrgica requerida, por las señaladas **Pacientes**, vinculadas durante su permanencia en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, mediante **Historia Clínica No. 118 48 96**.-

**SEPTIMO**, Ahora bien, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES**, legalmente establecida en Colombia, con **Nit. No.860.028.415-5**, con domicilio en la ciudad de **Bogotá D.C.**, expidió las **Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional No. AA005294**, expedida la **1ª**. de ellas, en fecha **23 de Enero de 2.019**, con vigencia a partir de las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.019 hasta las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.020., y la **2ª**. en fecha **20 de Enero de 2.020**, con vigencia a partir de las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.020 hasta las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.021., para amparar los riesgos enunciados en la demanda **Verbal de Responsabilidad Civil Médica y Otros**, cuyo tomador es el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, con **Nit. No.890.303.841-8**.

**OCTAVO**, Sí, ante una remota posibilidad o circunstancia, le cupiere responsabilidad al demandado, **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, a pagar los perjuicios del orden **Material**, en las modalidades de **daño emergente** y **lucro cesante**, de un lado, de otro, **perjuicios del orden Moral**, en la modalidad de **perdida de oportunidad**, **daño a la salud**, y, **daño a bienes convencional y constitucionalmente protegidos.**, sí, los hubiere, con ocasión según el **actor de la demanda**, “la indebida atención médica brindada al parto de la señora, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA, que derivó en una asfixia perinatal y otros daños neurológicos permanentes de su hija Brianna Nicol Belalcázar Díaz”, **acto quirúrgico**, que se realizó sobre las horas de la tarde del día **26 de Septiembre del año 2.019**, en el **quirófano de obstetricia #02 del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI.**- La aquí, **Llamada en Garantía**, deberá responder por la **indemnización** a que llegare a sufrir el **HOSPITAL**, por el desembolso en cumplimiento de la **sentencia**, y por ello, que efectúo el presente **Llamamiento en Garantía.**-

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO :**

Invoco como **normas aplicables** al presente caso en particular, *los artículos 64, 65 y 66 del Código General del Proceso, en concordancia con el artículo 225 de la Ley 1437 de Enero 18 de 2011, el artículo 1613 y subsiguientes del Código Civil y el artículo 90 de la Constitución Política de Colombia.*-

### **PRUEBA SUMARIA :**

Constituye prueba sumaria, que exige el **artículo 54 del Código de Procedimiento Civil**, los siguientes documentos:

**1.-** La **demanda** instaurada, donde indica en su acápite de hechos, una supuesta indebida atención médica brindada al parto de la señora, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA, que derivó en una asfixia perinatal y otros daños neurológicos permanentes de su hija Brianna Nicol Belalcázar Díaz., a cargo del cuerpo médico especialista, tratante e interviniente, inicialmente señalado e identificado, adscrito y/o vinculado al servicio de Gineco.Obstetricia y Pediatría de este HOSPITAL.-

**2.-** Copia de la **historia clínica No.118 48 96**, que corresponde a la señora, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA, junto a la de su hija, Recién Nacida, expedida por el Jefe del Departamento de Estadística, Registros Médicos y Archivo Clínico del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI.-

### **P R U E B A S :**



Para que sean tenidas en cuenta, en su oportunidad, allego las siguientes pruebas:

**Documentales:**

1.- Copia del Poder especial, con el cual obro, debidamente otorgado y autenticado ante Notario Público, en (1) folio.

2.- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Dr. CARLOS ALBERTO MORERA ORDOÑEZ, Director General y Representante Legal del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, en (1) folio.

3.- Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, expedido por el Secretario de Salud del Departamento del Valle del Cauca, en (1) folio.

4.- Copia de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional No. AA005294, expedidas por "LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES", en fechas, 23 de Enero del año 2.019, y, 20 de Enero del año 2.020, respectivamente, cuyo tomador es el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, en (6) folios.

5.- Certificado de Existencia y Representación Legal de "LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES", expedido por la Cámara de Comercio de la ciudad de Bogotá D.C., con fecha 01 de Agosto del año 2.018, en (12) folios.

6.- Copia de los Contratos Civiles de Prestación de Servicios Profesionales, al servicio de Gineco-obstetricia del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, que corresponden a los Doctores(as), MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA, SANDRA PATRICIA MORERA AGUILAR, OLGA LUCIA CUERO VIDAL, CAROLINA RENDON RESTREPO, DIEGO LEONARDO MONSALVE PINTO y JORGE ELIECER VALENCIA RESTREPO, todos ellos(as), Médicos(as) Especialistas en Ginecología y Obstetricia, de un lado, de otro, SMITH CARRILLO BAQUERO, Médico Especialista en Pediatría y Neonatología, quienes participaron personal, permanente y diligentemente, en la atención médica asistencial y quirúrgica, realizada a la señora, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA, junto a su hija, Recién Nacida., vinculados(as) contractual y laboralmente con el HOSPITAL, para la época de acontecimiento de los hechos, que dieron origen a la presente demanda Verbal de Responsabilidad Civil Médica, en (20) folios.

7.- Copia de la Historia Clínica No. 118 48 96, que corresponde a la señora, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA, junto a la de su hija, Recién Nacida, expedida por el Jefe del Departamento de Estadística, Registros Médicos y Archivo Clínico del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, en (58) folios.

8.- Copia del Auto Interlocutorio No.1383 de fecha 12 de Diciembre de 2.024, mediante el cual, el despacho judicial de conocimiento, resuelve ADMITIR la presente demanda VERBAL DECLARATIVA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA, en referencia, radicada bajo Partida No. 76001 1310 014 2024 00322 00, en (2) folios.

9.- Copia de la demanda Verbal Declarativa de Responsabilidad Civil Médica, su escrito de Reforma, y sus Anexos, que corresponde al traslado surtido al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, vía correo certificado., instaurada por la señora, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA Y/Otros, mediante Apoderado Judicial, radicada bajo Partida No. 2024 – 00322 - 00, ante el Juzgado Catorce Civil del Circuito de Cali, en (46) folios.

#### **Oficios :**

Solicito que se oficie a **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES**, legalmente establecida en Colombia, con Nit. No.860.028.415-5, cuyas pólizas matrices están aprobadas por la Superintendencia Bancaria, y cuyas oficinas principales, están ubicadas en la ciudad de **Bogotá D.C., en la Carrera 9A No. 99 – 07 - Pisos 12 /15**, para que por intermedio de esta, rinda con destino a este **Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Médica**, copia auténtica de las **Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional No. AA005294**, expedida la 1ª. de ellas, en fecha **23 de Enero de 2.019**, con vigencia a partir de las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.019 hasta las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.020., y la 2ª. en fecha **20 de Enero de 2.020**, con vigencia a partir de las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.020 hasta las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.021., cuyo **tomador** es el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, con Nit. No. 890.303.841-8, incluyendo todos los **anexos, modificaciones, renovaciones, prorrogas y certificaciones**, incluido el **certificado de existencia y representación legal**, expedido por la cámara de comercio de esta ciudad.- Debo precisar su **Señoría**, que al referirme a las modificaciones, renovaciones y prorrogas, deberán ser de igual forma, en copias auténticas que se hayan estipulado u originado hasta la presente fecha, que se encuentren vigentes para efectos de cualquier reclamación, o en su defecto, retroactivas; lo anterior, con el firme propósito de no vulnerar el derecho que tiene el **tomador**, amparado en estas **Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional**, y sus **anexos.**, que la aquí, **Llamada en Garantía**, responda sin objeciones, ni dilaciones, por la indemnización a que llegare a sufrir el **HOSPITAL**, por el desembolso en cumplimiento de la **sentencia**, siempre y cuando, en la más remota posibilidad en el escenario clínico puesto de presente, fuere condenado.-

#### **Prueba Traslada:**



Sírvase su *Señoría*, tener en cuenta como pruebas en este *Llamamiento en Garantía*, todas aquellas pruebas que se pidieron al *Contestar la demanda* y las que se lleguen a *practicar en el transcurso del Proceso*.-

***Interrogatorio de Parte:***

Sírvase su *Señoría*, hacer comparecer a su honorable despacho, al señor, **ANTONIO BERNARDO VENANZI HERNANDEZ**, mayor de edad, vecino y residente en *Bogotá D.C.*, para que en su calidad de **REPRESENTANTE LEGAL** de "**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES**", o, en su defecto, quien haga sus veces, absuelva el *Interrogatorio de Parte*, que oral y personalmente le formulare en la *audiencia virtual pública*, que para tal fin señale el despacho, y que versara sobre la *cobertura y valor asegurado*, mediante las **Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional No. AA005294**, expedidas en fechas, **23 de Enero del año 2.019**, y, **20 de Enero del año 2.020**, respectivamente., cuyo *tomador* es el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, además de los *amparos* previstos en el *Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual* y en los que se fundamente el presente *Llamamiento en Garantía*.

**A N E X O S :**

Al presente escrito de *Llamamiento en Garantía*, me permito adjuntar los documentos relacionados en el acápite de pruebas, correspondiente:

- = Copia de este *Llamamiento en Garantía*, para **archivo** en el expediente digital, del **Juzgado Catorce Civil del Circuito de Cali**.
- = Copia de este *Llamamiento en Garantía*, para el *traslado virtual al Llamado en Garantía* "**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES**".-
- = Copia de la *demanda Verbal de Responsabilidad Civil Médica*, surtida a mí representado y radicada bajo Partida No. 76001 1310 014 2024 00322 00

**N O T I F I C A C I O N E S :**

- Las *mías*, las recibiré en la ventanilla común de su honorable despacho, o, en su defecto, en el **DEPARTAMENTO JURÍDICO** del **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, ubicado en la **Carrera 4 No.17-67 del Barrio San Nicolás**.-

- Mi Representado, por medio de su Representante Legal, Dr. CARLOS ALBERTO MORERA ORDOÑEZ, en la DIRECCIÓN GENERAL del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, ubicado en la Carrera 4 No.17-67 del Barrio San Nicolás.

- Dirección o Correo Electrónico para efecto de Notificaciones Judiciales:

***jurídico@hospitaldesanjuandedios.org.co***

- Al Llamado en Garantía, "LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES", a través de su Representante Legal, cuyas oficinas se encuentran ubicadas, en la Carrera 9 A No. 99 – 07 - Pisos 12 / 15, de la ciudad de Bogotá D.C. o en su defecto, una vez, surtida la Notificación, la que *citen*, mediante sus Apoderados Judiciales.

- Dirección o Correo Electrónico para efecto de Notificaciones Judiciales:

***notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop***

De su Señoría, respetuosamente, me suscribo,



LUIS FERNANDO MONTAÑO M.

C.C. No. 16.856.909 de El Cerrito Valle

T.P. No. 52.884 del C.S. de la Jud.-

Apoderado Judicial HOSP. SAN JUAN DE DIOS





Doctor

**JESUS MARIO ORTIZ GARCIA**

Juez Catorce Civil del Circuito de Cali

E. S. D.



**REFERENCIA : PODER ESPECIAL**

**PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA**

**RADICACION : No. 2024 - 00322 - 00**

**DEMANDANTES : MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA Y/OTROS**

**DEMANDADOS : HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI Y/O**

**CARLOS ALBERTO MORERA ORDOÑEZ**, mayor de edad y vecino de Santiago de Cali, dónde resido, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.16.797.547 expedida en Cali Valle, obrando en mi calidad de **Director General y Representante Legal** de la entidad domiciliada en Santiago de Cali, que gira bajo la razón social de **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, con Nit No.890.303.841-8, conforme se acredita con el **Certificado de Existencia y Representación Legal**, expedido por el **Secretario(a)** de Salud del Departamento del Valle del Cauca, que se acompaña a este escrito, manifiesto a usted, respetuosamente, que confiero **PODER** especial, amplio y suficiente, al Doctor, **LUIS FERNANDO MONTAÑO MARTINEZ**, mayor de edad y vecino de Santiago de Cali, dónde reside, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 16.856.909 expedida en El Cerrito Valle, *Abogado titulado* en ejercicio, con Tarjeta Profesional No. 52.884 del C.S. de la Jud. Para que en nombre de la entidad que represento en la calidad arriba mencionada, asuma mi representación ante usted, se notifique, conteste la demanda, formule llamamientos en garantía, presente recursos, proponga excepciones, nulidades, y en general cualquier actuación a favor de mis intereses y los de la entidad que represento.

Mi apoderado, cuenta con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente mandato, solicitar pruebas y controvertirlas, interponer recursos, proponer incidentes y en especial las de conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, recibir y todas las demás diligencias inherentes al buen cumplimiento de su gestión, a mi defensa y a la defensa de la entidad que represento.-

Sírvase señor Juez, reconocerle personería para actuar, en los términos aquí señalados

Respetuosamente, me suscribo,

**CARLOS ALBERTO MORERA ORDOÑEZ**

C.C. No. 16.797.547 de Cali

**Director General y Representante Legal**

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**

**ACEPTO EL PODER Y PIDO PERSONERÍA**

**LUIS FERNANDO MONTAÑO MARTINEZ**

C.C. No. 16.856.909 de El Cerrito Valle

T.P. No. 52.884 del C.S. de la Jud.

**Apoderado Judicial HOSP. SAN JUAN DE DIOS**

Departamento  
Judicial  
Cali

REPUBLICA DE COLOMBIA  
NOTARIA OCTAVA DE CALI  
Diligencia de Reconocimiento

07 MAR 2025

Despacho notarial se presentó

Carlos Alberto Morea

16.797.547.Calp.

Declaro que la firma que aparece  
en el presente documento es suya  
y que el contenido del mismo es  
verdadero.

Firma del compareciente

Notaria Octava de Cali



EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

EL DÍA DEL MES DEL AÑO

SE REALIZÓ FUERA DEL DESPACHO DE LA NOTARÍA  
EL OTORGAMIENTO Y FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO  
CIRCULO DE CALI DEJA CONSTANCIA QUE

EL SUSCRITO NOTARIO OCTAVO DEL  
CIRCULO DE CALI DEJA CONSTANCIA QUE  
EL OTORGAMIENTO Y FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO  
SE REALIZÓ FUERA DEL DESPACHO DE LA NOTARÍA

EL DÍA 07 DE MAR 2025 DEL AÑO

EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Cr 4 # 17-67.





1.220.30.08.01  
FO-M9-P3-O2-V01


## LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA


### HACE CONSTAR:

Que mediante Resolución ejecutiva del 23 de enero de 1913 se reconoció personería jurídica a la entidad denominada HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Nit 8903038418 ubicado en la carrera 4 No.17-67 del Municipio de Cali, es un organismo de Salud de origen privado sin ánimo de lucro del Nivel II de atención.

Que el Representante Legal de la Institución, es el de Gerente General CARLOS ALBERTO MORERA ORDOÑEZ, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.16.797.547 expedida en Cali, nombrada mediante Decreto No.002 del 2021, en concordancia con el artículo Primero, cuyo nombre se encuentra inscrito en los registros que para tal efecto se llevan en este despacho.

Dada en Santiago de Cali, a los 23 días del mes de Enero de 2025

  
**MARIA CRISTINA LESMES DUQUE**  
Secretaría Departamental de Salud

Redactó: Adiele Herrera – Técnico de Apoyo  
Revisó: Sandra Patricia Mishaza Castrillon – Líder de Programa 



# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA005294

FACTURA  
AA010090



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS  
CERTIFICADO AA005294 FORMA DE PAGO Financiación TELEFONO 4281039  
AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS DIRECCIÓN CARRERA 1H NO. 60 72

ORDEN 1  
USUARIO APORTIZ82

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
23	01	2019	DESDE	07	01	2019	HORA	12:00	23
			HASTA	07	01	2020	HORA	12:00	01

## DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 87  
ASEGURADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 87  
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS  
DIRECCIÓN TODA COLOMBIA

EMAIL notiene@notiene.com

EMAIL notiene@notiene.com

EMAIL notiene@notiene.com

NIT/CC 000890303841

TEL/MOVL 4892222

NIT/CC 000890303841

TEL/MOVL 4892222

NIT/CC 000000000021

TEL/MOVL ....

## DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

ACTIVIDADES	DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD		CLINICA
DEPARTAMENTO		CALI
LOCALIDAD		VALLE
DIRECCIÓN		CALI
CANAL DE VENTA		CRA 4 # 17-87
		FRANQUICIA

## COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$1,000,000,000.00	10.00%	1.00 SMMLV	\$ .00
Predios Labores y Operaciones	SI	.00%		\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	SI	10.00%	1.00 SMMLV	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	SI	10.00%	1.00 SMMLV	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	SI	10.00%	1.00 SMMLV	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	SI	10.00%	1.00 SMMLV	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	SI	10.00%	1.00 SMMLV	\$ .00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	SI	10.00%	1.00 SMMLV	\$ .00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$1,000,000,000.00	\$80,000,000.00		\$15,200,000.00	\$95,200,000.00

COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPANIA	PARTICIPACIÓN %	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN %
		800089456	GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS	

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago automático de la prima no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538  
#324





# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA005294

FACTURA  
AA010090



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo  
CERTIFICADO AA009817

PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

FORMA DE PAGO Financiación

TELÉFONO 4291039

ORDEN 1

AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS

DIRECCIÓN CARRERA 1H NO. 60 72

USUARIO APORTIZ82

## FECHA DE EXPEDICIÓN

23 01 2019

## VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DESDE 07 01 2019  
HASTA 07 01 2020

HORA 12:00  
HORA 12:00

## FECHA DE IMPRESIÓN

23 01 2019

## DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67

EMAIL notiene@notiene.com

NIT 0000890303841

TEL/MOVL 4892222

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

° RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.

° RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS TIPO VIH, HEPATITIS C.

° DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERCEN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN Y CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.

° RECLAMACIONES ORIENTADAS A REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE.

° EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ORTODONCISTAS DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA, EN UNA CLÍNICA/ HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

° RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y ACCIONES SIMILARES DONDE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y SE FUJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

° POR DROGAS O MEDICAMENTOS, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

° POR LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANNER, RADIACIÓN POR ISÓTOPOS, RADIOGRAFÍAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D DE LA CLÁUSULA 3 "DEFINICIÓN DE AMPAROS".

° TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DAÑOS, LESIONES, PÉRDIDAS O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO EL LUCRO CESANTE DERIVADOS DE EVENTOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL NO-RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE CUALQUIER FECHA REAL DE CALENDARIO, ESPECIALMENTE LA DEL CAMBIO DE MILENIO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CLÁUSULA 20 DE ESTA PÓLIZA.

° POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXCEDENTE DE LA LEGAL, COMO DAÑOS DERIVADOS DE ACUERDOS O COMPROMISOS DEL ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CUALES SE HUBIERE COMPROMETIDO A UN RESULTADO, EFECTO O ÉXITO QUE EXCEDE SU OBLIGACIÓN LEGAL.

° POR LA INEFICACIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

° POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN VINCULADOS O ADSCRITOS AL TOMADOR/ASEGURADO AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O LA TERAPIA.

° PÉRDIDAS FINANCIERAS PURAS.

° TODA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

\*\*\* DEDUCIBLES \*\*\*

APLICABLES A TODA Y CADA PÉRDIDA: 10% MÍNIMO 2 SMLMV POR EVENTO.

\*\*\* MODALIDAD: CLAIMS MADE

RETROACTIVIDAD: DESDE EL 1º. DE ENERO DEL 2016

\*\*\* CONDICIÓN DE LA PÓLIZA \*\*\*

ES PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA EL RESPECTIVO FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO POR LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES.

SE PERMITIÓ LA FINANCIACIÓN DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERAL S.O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA S.O.C. COMPANÍAS DE SEGUROS

VIGILADO

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP

Línea Segura 01 8000919538

#324



# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA005294

FACTURA  
AA017414



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovación PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS  
CERTIFICADO AA017018 FORMA DE PAGO Contado TELEFONO 4291039  
AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS DIRECCIÓN CARRERA 1H NO 60 72

ORDEN 1  
USUARIO APORTIZ82

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
20	01	2020	DESDE	07	01	2020	HORA	12:00	20 01 2020
			HASTA	07	01	2021	HORA	12:00	

## DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67  
ASEGURADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67  
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO  
DIRECCIÓN TODA COLOMBIA

EMAIL notiene@notiene.com

EMAIL notiene@notiene.com

EMAIL notiene@notiene.com

NIT/CC 000890303841

TEL/MOVL 4892222

NIT/CC 000890303841

TEL/MOVL 4892222

NIT/CC 000000000021

TEL/MOVL

## DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCIÓN CANAL DE VENTA	CLINICA CALI VALLE CALI CRA 4 # 17-67 FRANQUICIA

## COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitalares	\$1,000,000,000.00	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00
Predios Labores y Operaciones	\$	00%		\$ 00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	\$	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	\$	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	\$	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	\$	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	\$	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	\$	10.00%	1.00 SMMLV	\$ 00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$1,000,000,000.00	\$85,000,000.00		\$16,150,000.00	\$101,150,000.00

COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA	
COMPANIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE
	%	800089456	GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

*[Firma Autorizada]*

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.



FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)

Línea Segura 018000919538

#324

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA005294

FACTURA  
AA017414

**equidad**  
seguros  
NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovación  
CERTIFICADO AA017018  
AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS  
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS  
FORMA DE PAGO Contado  
TELÉFONO 4291039  
DIRECCIÓN CARRERA 1H NO. 60 72

ORDEN 1  
USUARIO APORTIZ82

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
20	01	2020	DESDE	07	01	2020	HORA	12:00	20 01 2020
			HASTA	07	01	2021	HORA	12:00	

## DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67

EMAIL notiene@notiene.com

NIT/CC 860028415  
TEL/MOVL 4892222

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-0000000000001008

RENOVACION 2020-2021

DESDE ENERO 07 2020  
HASTA ENERO 07 2021

TOMADOR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
ASEGURADO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
BENEFICIARIO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

ACTIVIDAD: PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS

LIMITE ASEGURADO: Col \$1.000.000.000 Evento / Vigencia

\*\*\* AMPAROS \*\*\*

- ° RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
- ° RESPONSABILIDAD CIVIL ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIÓN
- ° RESPONSABILIDAD CIVIL DE PERSONAL PARAMÉDICO
- ° USO DE EQUIPOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS
- ° PREDIOS LABORES Y OPERACIONES
- ° GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL
- ° MATERIALES MÉDICOS QUIRÚRGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS

\*\*\* CLAUSULAS ADICIONALES \*\*\*

- ° AMPLIACIÓN DEL TÉRMINO DE REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA A TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO.
- ° AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO A DIEZ (10) DÍAS.
- ° AMPARO AUTOMÁTICO PARA NUEVOS PREDIOS SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO LAS MISMAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO. AVISO A SESENTA (60) DÍAS.
- ° COBERTURA AUTOMÁTICA DE NUEVOS EQUIPOS. AVISO A SESENTA (60) DÍAS.

\*\*\* EXCLUSIONES \*\*\*

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES QUE SE ESTIPULAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA 01042010-1501-P-06-0000000000001008 SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES:

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LAS LESIONES CORPORALES O DAÑOS MATERIALES NI NINGÚN OTRO PERJUICIO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS

- ° DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA U ODONTOLÓGICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O TERAPIA.
- ° LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- ° RECLAMACIONES DERIVADAS DE APLICACIÓN DE TÉCNICAS NOVEDOSAS O EXPERIMENTALES O NO CONFORMES AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CIENCIA MÉDICA.
- ° POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS O ATENCIÓN POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACIÓN CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO, SALVO QUE SE PACTE EXPRESAMENTE.
- ° POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.
- ° POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS.
- ° POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.

*[Firma Autorizada]*

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

*[Firma Tomador]*

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 013000913536  
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA005294

FACTURA  
AA017414



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovación  
CERTIFICADO AA017018  
AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS

PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS  
FORMA DE PAGO Contado  
TELÉFONO 4291039  
DIRECCIÓN CARRERA 1H NO 60 72

ORDEN 1  
USUARIO APORTI282

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
20	01	2020	DESDE	07	01	2020	HORA	12:00	20 01 2020
			HASTA	07	01	2021	HORA	12:00	

## DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67

EMAIL notiene@notiene.com

NIT/CC 000890303841  
TEL/MOVL 489222

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

\* POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTAMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO O LA TERAPIA A UN PACIENTE.

\* RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.

\* RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS TIPO VIH, HEPATITIS C.

\* DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN Y CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.

\* RECLAMACIONES ORIENTADAS A REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE.

\* EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ORTODONCISTAS DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA, EN UNA CLÍNICA/ HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

\* RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y ACCIONES SIMILARES DONDE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

\* POR DROGAS O MEDICAMENTOS, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

\* POR LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANNER, RADIACIÓN POR ISÓTOPOS, RADIOGRAFÍAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D DE LA CLÁUSULA 3 "DEFINICIÓN DE AMPAROS".

\* TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DAÑOS, LESIONES, PÉRDIDAS O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO EL LUCRO CESANTE DERIVADOS DE EVENTOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL NO-RECONOCIMIENTO ELECTRÓNICO DE CUALQUIER FECHA REAL DE CALENDARIO, ESPECIALMENTE LA DEL CAMBIO DE MILENIO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CLÁUSULA 20 DE ESTA PÓLIZA.

\* POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXCEDENTE DE LA LEGAL, COMO DAÑOS DERIVADOS DE ACUERDOS O COMPROMISOS DEL ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CUALES SE HUBIERE COMPROMETIDO A UN RESULTADO, EFECTO O ÉXITO QUE EXCEDE SU OBLIGACIÓN LEGAL.

\* POR LA INEFICACIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

\* POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN VINCULADOS O ADSCRITOS AL TOMADOR/ASEGURADO AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O LA TERAPIA.

\* PÉRDIDAS FINANCIERAS PURAS.

\* TODA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

\*\*\* DEDUCIBLES \*\*\*

APLICABLES A TODA Y CADA PÉRDIDA: 10% MÍNIMO 2 SMLMV POR EVENTO.

\*\*\* MODALIDAD: CLAIMS MADE

RETROACTIVIDAD: DESDE EL 1º DE ENERO DEL 2016

\*\*\* CONDICIÓN DE LA POLIZA \*\*\*

ES PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA EL RESPECTIVO FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO POR LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES.

*[Firma Autorizada]*

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

*[Firma Tomador]*

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000918538



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE NORTE

CODIGO DE VERIFICACION: 218169739E8C8E

1 DE AGOSTO DE 2018 HORA 09:58:04

0218169739

PAGINA: 1 de 6

\* \* \* \* \*

\*\*\*\*\*  
"EL PRIMER JUEVES HÁBIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO SE ELEGIRÁ JUNTA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ. LA INSCRIPCIÓN DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE.

PARA INFORMACIÓN DETALLADA PODRÁ COMUNICARSE AL TELÉFONO 5941000 EXT. 2597 O DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL, A LAS SEDES AUTORIZADAS PARA ESTE EFECTO, O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CODIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS/"

\*\*\*\*\*

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.

CERTIFICA:

NOMBRE : LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDEN TIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES

N.I.T. : 860028415-5

DOMICILIO : BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

NO: N0817855

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA INSCRIPCION :22 DE MARZO DE 2018

ULTIMO AÑO RENOVADO: 2018

ACTIVO TOTAL : 665,126,307,614

TAMAÑO EMPRESA : GRANDE

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CR 9 A NO. 99 - 07 P 12 - 13 - 14 - 15

MUNICIPIO : BOGOTA D.C.

EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL :

NOTIFICACIONESJUDICIALES@LAEQUIDAD@LAEQUIDADSEGUROS.COOP

DIRECCION COMERCIAL : CR 9 A NO. 99 - 07 P 12 - 13 - 14 - 15

MUNICIPIO : BOGOTA D.C.

EMAIL COMERCIAL : SERVICIO.CLIENTE@LAEQUIDADSEGUROS.COOP

Constanza  
del Pilar  
Puentes  
Trujillo



**CERTIFICA:**

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NUMERO 0612 DEL 15 DE JUNIO DE 1.999 DE LA NOTARIA 17 DE SANTAFE DE BOGOTA D.C., INSCRITA EL 12 DE JULIO DE 1.999 BAJO EL NUMERO 687777 DEL LIBRO IX, LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA CAMBIO SU NOMBRE DE: " SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO" POR EL DE: "LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION SIMPLIFICADA LA EQUIDAD."

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 505 DE LA NOTARIA 17 DE BOGOTA D.C. DEL 09 DE JULIO DE 2002, INSCRITA EL 29 DE JULIO DE 2002 BAJO EL NUMERO 837769 DEL LIBRO IX, LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA CAMBIO SU NOMBRE DE: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION SIMPLIFICADA LA EQUIDAD GENERALES " POR EL DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO , LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION ALTERNATIVA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES .

**CERTIFICA :**

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 0991 DE LA NOTARIA 17 DE SANTA FE BOGOTA D.C. DEL 1 DE AGOSTO DE 2000, INSCRITA EL 10 DE AGOSTO DE 2000 BAJO EL NUMERO 740345 DEL LIBRO IX, LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA CAMBIO SU NOMBRE DE: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION SIMPLIFICADA "LA EQUIDAD", POR EL DE: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE TAMBIEN CON LA DENOMINACION SIMPLIFICADA " LA EQUIDAD GENERALES".

**CERTIFICA:**

QUE POR E.P. NO. 1549 DE LA NOTARIA 17 DE SANTAFE DE BOGOTA, DEL 12 DE JULIO DE 1.995, INSCRITA EL 18 DE JULIO DE 1.995 BAJO EL NO 501127 DEL LIBRO IX, LA SOCIEDAD: SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO, SE ESCINDIO DANDO ORIGEN A LAS SOCIEDADES: SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO Y SEGUROS DE VIDA LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO.

**CERTIFICA:**

**ESTATUTOS:**

DOCUMENTO NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
2948	24- VI-1.970	10A.	18- VII-1995 NO.501.105
ACTA NO.5	7- III-1.975	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.107
ACTA NO.9	9- III-1.979	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.109
ACTA NO.14	18- III-1.984	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.111
ACTA NO.16	14- III-1.986	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.112
ACTA NO.18	18- III-1.988	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.114
ACTA NO.20	20- IV-1.990	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.116
ACTA NO.23	16- IV-1.993	ASAMB.GEN.	18- VII-1995 NO.501.118
2.292	15- IX-1.995	17 STAFE BTA	20- IX-1995 NO.509.260

**CERTIFICA:**

**REFORMAS:**

DOCUMENTO NO.	FECHA	ORIGEN	FECHA	NO.INSC.
0000612	1999/06/15	NOTARIA 17	1999/07/12	00687777
0000612	1999/06/15	NOTARIA 17	2000/06/29	00735093
0000865	1999/08/25	NOTARIA 17	1999/08/31	00694184
0000991	2000/08/01	NOTARIA 17	2000/08/10	00740345
0000505	2002/07/09	NOTARIA 17	2002/07/29	00837769
0001167	2005/07/05	NOTARIA 17	2005/07/21	01002268
0002238	2008/10/21	NOTARIA 15	2008/12/01	01259165



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE NORTE

CODIGO DE VERIFICACION: 218169739E8C8E

1 DE AGOSTO DE 2018 HORA 09:58:04

0218169739

PAGINA: 2 de 6

\* \* \* \* \*

805 2011/05/19 NOTARIA 15 2011/05/26 01482321  
2194 2014/10/27 NOTARIA 28 2014/11/06 00015205  
1762 2014/11/13 NOTARIA 15 2014/12/03 00015230  
701 2017/06/07 NOTARIA 10 2017/06/12 00031039

CERTIFICA:

DURACIÓN: QUE LA SOCIEDAD NO SE HALLA DISUELTA, Y SU DURACIÓN ES INDEFINIDA

CERTIFICA:

OBJETO SOCIAL: TIENE COMO OBJETIVO ESPECIALIZADO DEL ACUERDO COOPERATIVO, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES TIENE COMO OBJETIVO ESPECIALIZADO DEL ACUERDO COOPERATIVO, DENTRO DEL PROPOSITO EXPUESTO EN EL ARTICULO ANTERIOR, SATISFACER LAS NECESIDADES DE PROTECCION DE LAS PERSONAS ASOCIADAS Y DE LAS QUE S EN A LA EL PRESENTE ESTATUTO, MEDIANTE SERVICIOS DE SEGUROS GENERALES QUE AMPAREN A LAS PERSONAS, BIENES Y ACTIVIDADES FRENTE A EVENTUALES RIESGOS CON LA FINALIDAD DE BRINDAR TRANQUILIDAD, CONFIANZA Y BIENESTAR A LOS PROTEGIDOS Y BENEFICIARIOS DEL SERVICIO, QUE SERA PRESTADO EN CONDICIONES OPTIMAS DE ECONOMIA, AGILIDAD, ORGANIZACION ADMINISTRATIVA, EFICIENCIA TECNICA Y RESPALDO FINANCIERO. ENUMERACION DE ACTIVIDADES. PARA CUMPLIR SU PROPOSITO Y ALCANZAR SU OBJETO LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES PODRA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1) CELEBRAR Y EJECUTAR, TODA CLASE DE CONTRATOS DE SEGUROS, REASEGUROS Y COASEGUROS LOS QUE SE REGIRAN POR DISPOSICIONES PROPIAS DE ESTAS MODALIDADES CONTRACTUALES. 2 ). ADMINISTRAR FONDOS DE PREVISION Y SEGURIDAD SOCIAL QUE LAS DISPOSICIONES LEGALES FACULTAN A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS. 3 ). CONCEDER PRESTAMOS A SUS ENTIDADES ASOCIADAS DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES VIGENTES. 4 ). EFECTUAR LAS INVERSIONES QUE REQUIERA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL DENTRO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES. 5 ). CREAR INSTITUCIONES DE NATURALEZA SOLIDARIA, TANTO A NIVEL NACIONAL COMO INTERNACIONAL, ORIENTADAS AL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO DEL SECTOR COOPERATIVO O A PROPORCIONAR EL APOYO Y AYUDA NECESARIOS PARA FACILITAR EL MEJOR LOGRO DE LOS PROPOSITOS Y ACTIVIDADES ECONOMICAS Y SOCIALES DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES . 6 ). CELEBRAR CONVENIOS CON ORGANIZACIONES NACIONALES O EXTRANJERAS , PARA PROCURAR EL MEJOR CUMPLIMIENTO DE SUS OBJETIVOS Y ACTIVIDADES O PARA OFRECER SERVICIOS DIFERENTES A LOS ESTABLECIDOS EN EL OBJETIVO ESPECIALIZADO DEL ACUERDO COOPERATIVO. 7. REALIZAR EN FORMA DIRECTA O INDIRECTO TODO TIPO DE ACTIVIDADES PERMITIDAS POR LA LEY QUE SE RELACIONEN CON EL DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS SOCIALES. 8. ACTUAR COMO ENTIDAD OPERADORA PARA LA REALIZACIÓN DE LIBRANZA O DESCUENTO DIRECTO RELACIONADOS ESPECÍFICAMENTE CON PRIMAS DE SEGUROS EN FORMA COMO LO ESTABLEZCA LA LEY. AMPLITUD ADMINISTRATIVA Y DE OPERACIONES PARA CUMPLIR SUS OBJETIVOS Y ADELANTAR SUS ACTIVIDADES, LA EQUIDAD PUEDE ORGANIZAR, TANTO EN EL PAIS COMO EN EL EXTERIOR , TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS Y DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS QUE SEAN



NECESARIOS Y REALIZAR TODA CLASE DE OPERACIONES, ACTOS, CONTRATOS Y DEMAS NEGOCIOS JURIDICOS LICITOS QUE SE RELACIONEN CON EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES Y EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBJETIVOS. INTERMEDIACION EL A CONTRATACION DE SEGUROS LA EQUIDAD PROCURARA REALIZAR DIRECTAMENTE LA CONTRATACION DE LOS DIVERSOS SEGUROS QUE TIENE ESTABLECIDOS. NO OBSTANTE, SI RESULTARE NECESARIO O CONVENIENTE, PODRA COLOCAR POLIZAS DE SEGUROS CON EL CONCURSO DE INTERMEDIARIOS DEBIDAMENTE AUTORIZADOS POR EL ORGANISMO GUBERNAMENTAL COMPETENTE Y QUE CUMPLAN LAS DEMAS CONDICIONES REGLAMENTARIAS QUE PUEDA ESTABLECER LA JUNTA DE DIRECTORES. PRESTACION DE SERVICIOS AL PUBLICO NO AFILIADO LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES CUMPLIRA LA ACTIVIDAD ASEGURADORA PRINCIPALMENTE EN INTERES DE SUS PROPIOS ASOCIADOS Y DE LA COMUNIDAD VINCULADA A ELLOS. SIN PERJUICIO DE LO PREVISTO EN EL INCISO ANTERIOR, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES EXTENDERA LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS AL PUBLICO EN GENERAL Y EN TAL CASO LOS EXCEDENTES QUE SE OBTENGAN POR ESTAS OPERACIONES, SERAN LLEVADOS A UN FONDO SOCIAL NO SUSCEPTIBLE DE REPARTICION.

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:  
6511 (SEGUROS GENERALES)

CERTIFICA:

CAPITAL:

\*\* CAPITAL AUTORIZADO \*\*

VALOR : \$0.00  
NO. DE ACCIONES : 0.00  
VALOR NOMINAL : \$0.00

\*\* CAPITAL SUSCRITO \*\*

VALOR : \$0.00  
NO. DE ACCIONES : 0.00  
VALOR NOMINAL : \$0.00

\*\* CAPITAL PAGADO \*\*

VALOR : \$0.00  
NO. DE ACCIONES : 0.00  
VALOR NOMINAL : \$0.00

CERTIFICA:

EL MONTO MINIMO DE APORTES SOCIALES SERA DE: \$5,600,000,000.00  
MONEDA CORRIENTE, EL CUAL NO SERA REDUCIBLE DURANTE LA EXISTENCIA  
DE LA EQUIDAD.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 4273 DEL 17 DE SEPTIEMBRE DE 2013, INSCRITO EL 26 DE SEPTIEMBRE DE 2013 BAJO EL NO. 00136699 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 43 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, COMUNICÓ QUE EN EL PROCESO ORDINARIO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL NO.110013103043201300503 DE ESMERALDA PRIETO VELASQUEZ, YURY ALEJANDRA PRIETO VELASQUEZ, GILMA VELASQUEZ, DIANA LEONOR SALCEDO VELASQUEZ, WILSON ENRIQUE SALCEDO VELASQUEZ Y OMAR NORBERTO SALCEDO VELASQUEZ, CONTRA ASPROVESPULMETA S.A., LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES-O.C Y RAFAEL ORLANDO ORTIZ MOSQUERA, SE DECRETÓ LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA CIVIL SOBRE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1972 DEL 9 DE JUNIO DE 2014, INSCRITO EL 15 DE JULIO DE 2014 BAJO EL NO. 00142286 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 DE CIVIL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO, COMUNICÓ QUE EN EL PROCESO ORDINARIO NO. 2014-00111-00 DE JOSE FERNEY HERRERA Y OTRO CONTRA JORGE



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE NORTE

CODIGO DE VERIFICACION: 218169739E8C8E

1 DE AGOSTO DE 2018 HORA 09:58:04

0218169739

PAGINA: 3 de 6

\* \* \* \* \*

RICARDO ESCOBAR CERQUERA, SE DECRETO LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA EN LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 774 DEL 17 DE JULIO DE 2015, INSCRITO EL 10 DE AGOSTO DE 2015 BAJO EL NO. 00149317 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO PROMISCO DEL CIRCUITO DE MONTERREY/CASANARE, COMUNICO QUE EN EL PROCESO ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL NO. 2015/165 DE MARIA DEL CARMEN CABALLERO, CARLOS JAVIER ORTEGA CABALLERO, CARLOS HERNAN ORTEGA MENDEZ CONTRA JOSE ORLANDO LIZARAZO, ISAU MENDOZA LOZANO, COOPERATIVA DE TRANSPORTES DE AGUAZUL COOTRANSAGUAZUL LTDA. Y SEGUROS LA EQUIDAD, SE DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA EN LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1667 DEL 31 DE AGOSTO DE 2015, INSCRITO EL 8 DE SEPTIEMBRE DE 2015 BAJO EL NO. 00150115 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 PROMISCO DEL CIRCUITO DE LA PLATA HUILA, COMUNICO QUE EN EL PROCESO ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DE NESTOR ANGEL GOMEZ CARVAJAL, SE DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 998 DEL 2 DE MARZO DE 2016, INSCRITO EL 31 DE MARZO DE 2016 BAJO EL NO. 00152952 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN, COMUNICO QUE EN EL PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL, RADICADO 05001 31 03 002 2015 01138 00 DE: MARIA CARMENZA TRUJILLO MEJIA Y OTROS, CONTRA: GUSTAVO ADOLFO GAÑAN CATAÑO Y OTROS, SE DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA EN LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 01500 DEL 8 DE SEPTIEMBRE DE 2016, INSCRITO EL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2016 BAJO EL NO. 00156128 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO DE GRANADA META, EN EL PROCESO ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL RADICADO NO. 503133103001-2015-00248-00 DE EDILSON ORJUELA CALDERON CONTRA COOTRANSARIARI EQUIDAD SEGUROS GENERALES Y CANDIDA MOJICA REYES DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA CIVIL SOBRE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 2709 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2016, INSCRITO EL 26 DE OCTUBRE DE 2016 BAJO EL NO. 00156849 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO DE ROLDADILLO VALLE, EN EL PROCESO VERBAL-R.C.E. RADICADO NO. 76-622-31-03-001-2016-00112-00 DE LUZ DARY CARDONA ROJAS CONTRA COOPERATIVA TRANSPORTADORES OCCIDENTE Y OTRO DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA CIVIL SOBRE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 4718 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 2016, INSCRITO EL



25 DE NOVIEMBRE DE 2016 BAJO EL NO. 00157454 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO DE NEIVA, COMUNICO QUE EN EL PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DE JOAQUIN ARCADIO RIVAS IBARRA, CARMENZA RUIZ PATAROTO EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACION DE LA MENOR NICOLLE DANIELA RIVAS RUIZ EN CONTRA BRAYAN SNEIDER VANEGAS GUERRERO COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TAXISTAS URBANOS DE NEIVA COOMULTAX LTDA Y SEGUROS LA EQUIDAD, SE DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA EN EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1709 DEL 15 DE JUNIO DE 2017, INSCRITO EL 18 DE JULIO DE 2017 BAJO EL NO. 00161435 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 5 CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA, COMUNICO QUE EN EL PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL NO. 13001-31-03-005-2017-00119-00, DE: FATIMA ALVAREZ JORGE, CONTRA: JEIDIS DEL CARMEN MESTRE COGOLLO, JORGE LUIS GUARDO MESTRE, COOPERATIVA INTEGRAL DE TRANSPORTE DE TURBACO (SCOOTRANSTUR) Y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, SE DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA CIVIL SOBRE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1798 DEL 24 DE MAYO DE 2017 INSCRITO EL 25 DE JULIO DE 2017 BAJO EL NO. 00161567 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE NEIVA, COMUNICO QUE EN EL PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL NO. 4100131030032017009800 SE DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1357 DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2017 INSCRITO EL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2017 BAJO EL NO. 00163063 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO PRIMERO PROMISCO DEL CIRCUITO DE COROZAL-SUCRE, COMUNICÓ QUE EN EL PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 2017-00015-00 SE DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA CIVIL SOBRE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 0159 DEL 23 DE ENERO DE 2018, INSCRITO EL 2 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165755, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL MUNICIPAL DE IBAGUE (TOLIMA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO DECLARATIVO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DE MARIA DEL ROSARIO AGATON MENESES CONTRA ANDRES MAURICIO MONTES GONZALEZ Y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C, SE DECRETO LA INSCRIPCION DE LA DEMANDA EN LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 520 DEL 16 DE MARZO DE 2018, INSCRITO EL 22 DE MARZO DE 2018 BAJO EL NO. 00166987 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO PROMISCO DEL CIRCUITO DE PLANETA RICA - CORDOBA, COMUNICÓ QUE EN EL PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL RAD: 00228-2017 DE: MANUEL ANTONIO CORPUS ORTIZ APDO RAFAEL SUÑIGA MERCADO CONTRA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO Y OTROS. SE DECRETÓ LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA SOBRE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1341/2018-00065-00 DEL 21 DE MARZO DE 2018, INSCRITO EL 31 DE MARZO DE 2018 BAJO EL NO. 00167202 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA COMUNICÓ QUE EN EL PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DE: ANA LUCIA AGUILAR FLOREZ, INGRI PAOLA JAIMES AGUILAR, YERLI ANDREA JAIMES AGUILAR, DIEGO ARMANDO JAIMES AGUILAR, CESAR AUGUSTO JAIMES AGUILAR, YENNY MARISA JAIMES AGUILAR Y YENIFER TARAZONA RAMIREZ REPRESENTANTE

LEGAL DEL MENOR JHEYSENBERG FARID JAIMES TARAZONA, CONTRA: SANDRA MONICA CALDERÓN VEGA, COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL MEDIO MAGDALENA LTDA "COOTRANSMAGDALENA LTDA" REPRESENTADA POR JUAN PABLO AYALA O QUIEN HAGA SUS VECES, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, REPRESENTADA LEGALMENTE POR YOLANDA REYES VILLAR O QUIEN HAGA SUS VECES; JUAN DAVID RODRIGUEZ PLAZAS, SOCIEDAD VIGIA S.A.S, REPRESENTADA LEGALMENTE POR LUIS ALBERTO ECHEVERRY GARZON, O QUIEN HAGA SUS VECES; SOCIEDAD COLTEFINANCIERA S.A. REPRESENTADA LEGALMENTE POR HECTOR CAMARGO SALGAR O, QUIEN HAGA SUS VECES; SEGUROS DEL ESTADO S.A., REPRESENTADO LEGALMENTE POR JORGE MORA SANCHEZ O, QUIEN HAGA SUS VECES. SE DECRETÓ LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA EN EL REGISTRO MERCANTIL DE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 0396 DEL 2 DE ABRIL DE 2018, INSCRITO EL 11 DE ABRIL DE 2018 BAJO EL NO. 00167385 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO DE SAHAGÚN - CÓRDOBA, COMUNICÓ QUE EN EL PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL NO. 236603103001-2018-00049-00 DE: ANA JOSEFA GUAZO ATENCIA Y OTROS CONTRA: OSCAR MANUEL GONZÁLEZ DELGADO Y OTROS, SE DECRETÓ LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA EN LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 0472 DEL 10 DE ABRIL DE 2018, INSCRITO EL 24 DE ABRIL DE 2018 BAJO EL NO. 00167642 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO PRIMERO PROMISCUO DEL CIRCUITO DE SABANALARGA - ATLÁNTICO, COMUNICÓ QUE EN EL PROCESO ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL NO- 0282-2017 DE: CARLOS MANUEL SALAZAR IGLESIAS Y OTROS CONTRA: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE SABANALARGA, ATLÁNTICO "COOTRANSA LTDA Y OTROS, SE DECRETÓ LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA CIVIL SOBRE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1781 DEL 15 DE MAYO DE 2018, INSCRITO EL 22 DE MAYO DE 2018 BAJO EL NO. 00168246 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 15 CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI VALLE, COMUNICÓ QUE EN EL PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL NO. 76001310301520180005200 DE: JOSE OMAR LONDOÑO ECHEVERRY, SHIRLEY CEBALLOS RODRÍGUEZ, MARYURI LONDOÑO RODRIGUEZ, JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ CEBALLOS Y NATHALIE HERNANDEZ CEBALLOS CONTRA: FABIAN JOVEN MOSQUERA, GUSTAVO ALBERTO MONTOYA CASTAÑO Y EQUIDAD SEGUROS GENERALES, SE DECRETÓ LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA EN LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 607 DEL 17 DE MAYO DE 2018, INSCRITO EL 13 DE JUNIO DE 2018 BAJO EL NO. 00031310 DEL LIBRO XIII, EL JUZGADO 1 CIVIL DEL CIRCUITO DE GARZÓN (HUILA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN ACCIDENTE DE TRANSITO DE: KAREN YULIETH ARTUNDUAGA CORREA EN REPRESENTACIÓN DE MELANIE SOFIA



BARRIOS ARTUNDUAGA, JUAN ARTUNDUAGA LOPEZ, LUZ CARMEN CORREA, JUAN DAVID ARTUNDUAGA CORREA Y GEIDY LICEO ARTUNDUAGA CORREA, CONTRA: MONICA ANDREA OSSA RESTREPO, ALEXANDER GIRALDO Y LA EQUIDAD SEGUROS, SE DECRETO LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA EN LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1028 DEL 9 DE JULIO DE 2018, INSCRITO EL 23 DE JULIO DE 2018 BAJO EL NO. 00169849 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO DE LORICA - CÓRDOBA, COMUNICÓ QUE EN EL PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL NO. 2018-00346 DE: NEDER JERÓNIMO NEGRETE VERGARA, CONTRA: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C, GOSSAIN BARRIGA Y CIA S EN C Y OTRO, SE DECRETÓ LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA EN LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

\*\* JUNTA DIRECTIVA: PRINCIPAL (ES) \*\*

QUE POR ACTA NO. 56 DE ASAMBLEA GENERAL DEL 20 DE ABRIL DE 2018, INSCRITA EL 18 DE JUNIO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00031312 DEL LIBRO XIII, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	
CESPEDES CAMACHO ORLANDO	C.C. 000000013825185
SEGUNDO RENGLON	
SIN POSESION SIN ACEPTACION	*****
TERCER RENGLON	
ZAMBRANO SOLARTE HAMER ANTONIO	C.C. 000000098145605
CUARTO RENGLON	
MORA PEÑALOZA CARLOS JULIO	C.C. 000000005525250
QUINTO RENGLON	
DUQUE ALZATE OMAIRA DEL SOCORRO	C.C. 000000043027184
SEXTO RENGLON	
SIN POSESION SIN ACEPTACION	*****
SEPTIMO RENGLON	
CUELLAR ARTEAGA ARMANDO	C.C. 000000012107769
OCTAVO RENGLON	
SIN POSESION SIN ACEPTACION	*****
NOVENO RENGLON	
SIN POSESION SIN ACEPTACION	*****

\*\* JUNTA DIRECTIVA: SUPLENTE (S) \*\*

QUE POR ACTA NO. 56 DE ASAMBLEA GENERAL DEL 20 DE ABRIL DE 2018, INSCRITA EL 18 DE JUNIO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00031312 DEL LIBRO XIII, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	
SIN POSESION SIN ACEPTACION	*****
SEGUNDO RENGLON	
GARCIA PERDOMO MILLER	C.C. 000000011380793
TERCER RENGLON	
TENORIO QUINTERO EDIXON TENORIO	C.C. 000000016353591
CUARTO RENGLON	
VELEZ LEON MARTHA ISABEL	C.C. 000000060368716
QUINTO RENGLON	
SIN POSESION SIN ACEPTACION	*****
SEXTO RENGLON	
REALES DAZA JUAN ANTONIO	C.C. 000000018935299



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE NORTE

CODIGO DE VERIFICACION: 218169739E8C8E

1 DE AGOSTO DE 2018 HORA 09:58:04

0218169739

PAGINA: 5 de 6

\* \* \* \* \*

SEPTIMO RENGLON

SOLARTE RIVERA HECTOR

C.C. 000000016882819

OCTAVO RENGLON

SIN POSESION SIN ACEPTACION

\*\*\*\*\*

NOVENO RENGLON

SIN POSESION SIN ACEPTACION

\*\*\*\*\*

CERTIFICA:

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: SON FUNCIONES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO: 1. PROPONER PARA ESTUDIO Y APROBACIÓN A LA JUNTA DE DIRECTORES EL PROYECTO DE PLAN ESTRATÉGICO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, SUS OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, POLÍTICAS, PROYECTOS, SERVICIOS Y PRESUPUESTOS. 2. PROPONER PARA ESTUDIO Y APROBACIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES LOS PROYECTOS DE ESTABLECIMIENTO Y/O REFORMA DEL ESTATUTO, CÓDIGOS, REGLAMENTOS QUE SEAN FUNCIÓN PROPIA DE ÉSTA, Y TODOS AQUELLOS NECESARIOS PARA FACILITAR EL FUNCIONAMIENTO INTERNO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ASÍ COMO LOS REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE ESTABLEZCAN: LAS DISPOSICIONES LEGALES, LOS ESTATUTOS Y LAS AUTORIDADES DE SUPERVISIÓN. 3. NOMBRAR Y REMOVER A LOS FUNCIONARIOS DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES Y ASIGNARLES SU REMUNERACIÓN DE ACUERDO CON LA PLANTA DE CARGOS Y TABLA DE SALARIOS QUE ESTABLEZCA LA JUNTA DE DIRECTORES. HACER CUMPLIR EL REGLAMENTO DE TRABAJO. 4. DIRIGIR LAS ACTIVIDADES DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, CUMPLIENDO Y HACIENDO CUMPLIR EL ESTATUTO, LOS CÓDIGOS, LOS REGLAMENTOS Y LAS DIRECTRICES Y POLÍTICAS DE LA ASAMBLEA GENERAL Y DE LA JUNTA DE DIRECTORES DE LA CUAL ES SUBORDINADO, EXPIDIENDO LAS NORMAS QUE CONSIDERE NECESARIAS Y PARA LAS CUALES ESTÉ FACULTADO. 5. DIRIGIR LAS RELACIONES PÚBLICAS Y ENCARGARSE DE UNA ADECUADA POLÍTICA DE RELACIONES HUMANAS. 6. APLICAR Y HACER CUMPLIR LAS NORMAS Y MANUALES DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE RIESGOS, DE CONTROL INTERNO SCI Y DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR SAC. RENDIR LOS INFORMES PERIÓDICOS CORRESPONDIENTES A LA JUNTA DE DIRECTORES Y SUS COMITÉS, APLICAR EN LO PERTINENTE SUS OBSERVACIONES Y PROPONER LAS MODIFICACIONES A LOS MISMOS. 7. EJECUTAR LOS PLANES, PROGRAMAS, PROYECTOS Y PRESUPUESTOS APROBADOS POR LA JUNTA DE DIRECTORES, ORDENAR LOS GASTOS E INVERSIONES EN ELLOS PREVISTOS Y LOS EXTRAORDINARIOS SEGÚN FACULTADES. 8. CELEBRAR LOS CONTRATOS Y CONVENIOS QUE VERSEN SOBRE EL GIRO ORDINARIO DE LA ACTIVIDAD DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES Y LOS QUE AUTORICE LA JUNTA DE DIRECTORES. 9. CONTROLAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, EL CUMPLIMIENTO DE PRESUPUESTOS, PROGRAMAS Y PLANES, APOYÁNDOSE EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y APLICAR LOS CORRECTIVOS NECESARIOS, CUIDANDO QUE LOS BIENES Y DERECHOS ESTÉN DEBIDAMENTE SALVAGUARDADOS. 10. RENDIR PERIÓDICAMENTE A LA JUNTA DE DIRECTORES INFORME ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES. 11. PREPARAR EL INFORME ANUAL QUE LA ADMINISTRACIÓN DEBE PRESENTAR A LA ASAMBLEA LOS ESTADOS FINANCIEROS Y



SOMETERLOS PREVIAMENTE A CONSIDERACIÓN DE LA JUNTA DE DIRECTORES. 12. TODAS LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE CORRESPONDEN COMO PRESIDENTE EJECUTIVO Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES.

CERTIFICA:

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 0411 DE LA NOTARIA 10 DE BOGOTA D.C. DEL 8 DE ABRIL DE 2016 INSCRITA EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2016 BAJO EL NO. 00015814 DEL LIBRO XIII, COMPARECIO LIDA YADIRA BERNAL MATEUS IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 52.029.000 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE OBRA EN ESTE ACTO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO Y DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO, ASEGURADORAS DOMICILIADAS EN BOGOTA QUE CONFIERE PODER ESPECIAL A OSCAR JAVIER OSORIO JARAMILLO IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 79.849.328 EXPEDIDA EN BOGOTÁ, PARA QUE EN SU CARÁCTER DE GERENTE DE INDEMNIZACIONES Y ÚNICAMENTE POR EL TIEMPO QUE OCUPE TAL CARGO, REPRESENTA A LOS ORGANISMOS COOPERATIVOS ALUDIDOS, EN LOS TÉRMINOS DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 49 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL O LA NORMA QUE LO REEMPLACE, PARA TAL EFECTO TERCERO: QUE EL CITADO PODER SE OTORGA PARA LOS SIGUIENTES ASUNTOS ESPECÍFICOS EXCLUSIVOS A. OBJETAR RECLAMACIONES DE SEGUROS, PROVENIENTES DE TOMADORES, ASEGURADOS, BENEFICIARIOS Y/O TERCEROS RECLAMANTES DE PÓLIZAS EXPEDIDAS POR LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. B. SUSCRIBIR EN NOMBRE DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES A.C., CONTRATOS DE COMPRAVENTA SOBRE AUTOMOTORES, ASÍ COMO SU RESPECTIVO TRASPASO. C. OTORGAR PODERES Y CESIÓN DE DERECHOS PARA ADELANTAR TRÁMITES ANTE LAS AUTORIDADES DE TRANSITO A NIVEL NACIONAL. QUE OSCAR JAVIER OSORIO JARAMILLO QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADO PARA CUMPLIR SU GESTION DE REPRESENTACION EN LOS ASUNTOS ESPECÍFICAMENTE INDICADOS EN ESTE INSTRUMENTO PUBLICO.

CERTIFICA:

QUE POR ESCRITURA PUBLICA NO. 1651 DE LA NOTARIA 10 DE BOGOTA D.C., DEL 28 DE NOVIEMBRE DE 2016, INSCRITA EL 6 DE DICIEMBRE DE 2016 BAJO EL NO. 00015930 DEL LIBRO V, COMPARECIÓ ANTONIO BERNANDO VENANZI HERNANDEZ IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANÍA NO. 79.464.049 DE BOGOTA EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE, POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA, CONFIERE PODER ESPECIAL A ALFREDO MARTINEZ CARVAJAL, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANÍA NO. 80.203.093 DE BOGOTA, PARA QUE EN SU CARÁCTER DE GERENTE DE SOAT Y ÚNICAMENTE POR EL TIEMPO QUE OCUPE TAL CARGO, REPRESENTA A LOS ORGANISMOS COOPERATIVOS ALUDIDOS, PARA LOS EFECTOS ESTABLECIDOS EN EL SIGUIENTE NUMERAL. QUE EL CITADO PODER SE OTORGA EN VIRTUD DE SU CARGO COMO GERENTE DE SOAT PARA LOS SIGUIENTES ASUNTOS ESPECÍFICOS Y EXCLUSIVOS: A. OBJETAR RECLAMACIONES DE SEGUROS, PROVENIENTES DE TOMADORES, ASEGURADOS, BENEFICIARIOS Y/O TERCEROS DE PÓLIZAS EXPEDIDAS POR LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. B. RESPONDER Y EMITIR COMUNICADOS RELACIONADOS CON NOTIFICACIÓN DE SOLICITUD DE DOCUMENTOS PARA SER CREADOS COMO TERCER PRESTADOR DE SERVICIOS DEL RAMO SOAT PARA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. C. RESPONDER DERECHOS DE PETICIÓN RELACIONADOS CON EL RAMO SOAT. D. EMITIR COMUNICADOS CON NOTIFICACIONES DE PAGO PENDIENTES POR GIRAR, POR FALTA DE DOCUMENTOS PARA SER CREADOS COMO TERCER PRESTADOR DE SERVICIOS DEL RAMO SOAT. E REALIZACIÓN DE NOTIFICACIONES MANUALES DE PAGO. QUE ALFREDO MARTINEZ CARVAJAL QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADO PARA CUMPLIR SU GESTIÓN DE REPRESENTACIÓN EN LOS ASUNTOS ESPECÍFICAMENTE INDICADOS EN ESTE INSTRUMENTO.

CERTIFICA:



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE NORTE

CODIGO DE VERIFICACION: 218169739E8C8E

1 DE AGOSTO DE 2018 HORA 09:58:04

0218169739

PAGINA: 6 de 6

\* \* \* \* \*

\*\* REVISOR FISCAL \*\*

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO NO. sin num DE REVISOR FISCAL DEL 22 DE JUNIO DE 2017, INSCRITA EL 26 DE JULIO DE 2017 BAJO EL NUMERO 00031077 DEL LIBRO XIII, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE

IDENTIFICACION

REVISOR FISCAL PRINCIPAL

BUITRAGO SUAREZ ANDRES MAURICIO

C.C. 000000079948309

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO NO. SIN NUM DE REVISOR FISCAL DEL 4 DE AGOSTO DE 2015, INSCRITA EL 25 DE AGOSTO DE 2015 BAJO EL NUMERO 00015456 DEL LIBRO XIII, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE

IDENTIFICACION

REVISOR FISCAL SUPLENTE

REYES GIL NANCY SORANY

C.C. 000000052533743

QUE POR ACTA NO. 51 DE ASAMBLEA DE DELEGADOS DEL 24 DE ABRIL DE 2015, INSCRITA EL 24 DE AGOSTO DE 2015 BAJO EL NUMERO 00015448 DEL LIBRO XIII, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE

IDENTIFICACION

REVISOR FISCAL PERSONA JURIDICA

DELOITTE & TOUCHE LTDA

N.I.T. 000008600058134

CERTIFICA:

RESOLUCION NO. 689 DEL 3 DE JUNIO DE 1970, INSCRITA EL 18 DE JULIO DE 1995 BAJO EL NO. 501.106 DEL LIBRO IX, LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE COOPERATIVAS LE RECONOCE PERSONERIA JURIDICA A LA SOCIEDAD "SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO"

CERTIFICA:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CODIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUI CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE LA CORRESPONDIENTE ANOTACION. SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSO. (LOS SABADOS NO SON TENIDOS EN CUENTA COMO DIAS HABILES PARA LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

\* \* \* EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE

\* \* \*

\* \* \* FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO

\* \* \*

INFORMACION COMPLEMENTARIA

LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE RIT Y PLANEACION DISTRITAL SON INFORMATIVOS CONTRIBUYENTE INSCRITO EN EL REGISTRO RIT DE LA DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS, FECHA DE INSCRIPCION : 1 DE SEPTIEMBRE DE 2016  
FECHA DE ENVIO DE INFORMACION A PLANEACION DISTRITAL : 23 DE JULIO DE 2018

SEÑOR EMPRESARIO, SI SU EMPRESA TIENE ACTIVOS INFERIORES A 30.000 SMLMV Y UNA PLANTA DE PERSONAL DE MENOS DE 200 TRABAJADORES, USTED



TIENE DERECHO A RECIBIR UN DESCUENTO EN EL PAGO DE LOS PARAFISCALES DE 75% EN EL PRIMER AÑO DE CONSTITUCION DE SU EMPRESA, DE 50% EN EL SEGUNDO AÑO Y DE 25% EN EL TERCER AÑO. LEY 590 DE 2000 Y DECRETO 525 DE 2009.

RECUERDE INGRESAR A [www.supersociedades.gov.co](http://www.supersociedades.gov.co) PARA VERIFICAR SI SU EMPRESA ESTA OBLIGADA A REMITIR ESTADOS FINANCIEROS. EVITE SANCIONES.

\*\*\*\*\*  
\*\* ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA \*\*  
\*\* SOCIEDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION... \*\*  
\*\*\*\*\*

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,  
VALOR : \$ 5,500

\*\*\*\*\*  
PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA INFORMACION QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PUBLICOS DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, EL CODIGO DE VERIFICACION PUEDE SER VALIDADO POR SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A [WWW.CCB.ORG.CO](http://WWW.CCB.ORG.CO)

\*\*\*\*\*  
ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRONICAMENTE CON FIRMA DIGITAL Y CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURIDICA CONFORME A LA LEY 527 DE 1999.

\*\*\*\*\*  
FIRMA MECANICA DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1995 Y LA AUTORIZACION IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, MEDIANTE EL OFICIO DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1996.



**CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE EL MEDICO ADSCRITO Y  
EL HOPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI  
No.2019-00037**

Entre los suscritos a saber, IVAN GONZALEZ QUINTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No.14.945.873 de Cali, obrando en su condición de Director General del HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI, debidamente autorizado por los Estatutos de la Institución, quien para efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, de un parte y por la otra el Doctor(a) **MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA**, identificado con la cédula de ciudadanía No.29.127.981 de Cali, vecino de Cali en la carrera 61 No.9-230 Apto 603-2, teléfono No.3884001, obrando en su propio nombre y representación y quien para efectos del presente CONTRATO se denominará el **MEDICO ADSCRITO**, hemos decidido en forma libre y voluntaria celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**, el cual se rige por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por las normas legales vigentes sobre la materia. **PRIMERA: OBJETO:** Por medio de este contrato el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, se obliga para con el **HOSPITAL** a prestar directamente a los usuarios de los servicios de salud ofrecidos por el Hospital, sus servicios profesionales como GINECOLOGO Y OBSTETRA en la sala de partos, consultorios de ginecología y salas de cirugía. Las actividades serán desarrolladas por el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, con total autonomía técnica y con sus propios medios, todo ello con las obligaciones contenidas en el texto del presente contrato, dejando de presente que tales actividades debe ser desarrolladas en las instalaciones del Hospital De San Juan De Dios De Cali, con respeto y apego a las normas constitucionales, legales, Reglamentarias y de ética que rigen su profesión y de acuerdo a los postulados vigentes que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **EL HOSPITAL**, por su parte pagará Al **MEDICO ADSCRITO**, como contraprestación, por los servicios prestados en virtud del presente contrato los honorarios acordados entre las partes. El **HOSPITAL** asume la responsabilidad que legalmente le competa con lo relacionado al cumplimiento de los requerimientos técnicos-científicos necesarios para la atención en salud. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL MEDICO ADSCRITO.** Las siguientes son las obligaciones generales a cargo del **MEDICO ADSCRITO:** 1) Prestar los servicios, objeto del presente contrato a los usuarios del **HOSPITAL**, con la mayor diligencia y cuidado, sin hacer ningún tipo de discriminación en la relación con los usuarios particulares y/o de otras entidades, utilizando para ello el equipo humano y/o o técnico idóneo, necesario y suficiente para garantizar la adecuada prestación de cada uno de los servicios contratados. 2) Permitir al **HOSPITAL** y a los funcionarios de esta el acceso, tanto a la información relacionada con la salud de los usuarios del **HOSPITAL**, como a la prestación de los servicios de salud por medio de la auditoria de todos los registros, ordenes de exámenes, resultados de los mismos, formulas médicas, etc. Suministrando la historia clínica y documentos que requiera el **HOSPITAL** y que se produzca en el desarrollo del presente Contrato y de la atención de los usuarios. 3) Definir con base en la impresión Diagnostica el procedimiento a seguir y remitir a otro profesional de salud cuando lo considere indispensable, sin que ello implique una restricción al acceso del servicio de salud solicitado por los usuarios. 4) Prescribir los medicamentos que requiera el usuario. 5) Ordenar los exámenes que requiera el usuario que se encuentren amparados por las coberturas de los Planes de Salud a los cuales se encuentre vinculado el usuario del **HOSPITAL**. 6) Cumplir con todos los procedimientos y requisitos establecidos por el **HOSPITAL** para el acceso a los servicios de salud de sus usuarios, así como todos y cada uno de los requisitos y políticas de calidad en el servicio exigidos tanto por la ley 10 de 1990, ley 100 de 1993, Decreto 2309 de 2002, Resolución 486 de 2003, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1446 de 2006 y las demás que complementen, adiciones o modifique y que se entienden incorporados al presente contrato, así como todas las relacionadas con la atención del usuario de calidad en el servicio establecidas por el **HOSPITAL**. 7) Expedir certificados de incapacidad temporal en los casos que a su juicio lo ameriten soportando en debida forma el concepto emitido. 8) Presentar al **HOSPITAL** y mantener actualizados los protocolos de atención de los usuarios. 9) Presentar las facturas y/o cuentas de cobro, cumpliendo para ello con todo y cada uno de los requisitos de tiempo y forma exigidos por la ley y por el **HOSPITAL** para su reconocimiento y pago. 10) **EL MEDICO ADSCRITO** no podrá cobrar a los usuarios del **HOSPITAL** ninguna suma por




prestación de servicios objeto del presente contrato. 11) Cumplir de manera estricta las disposiciones legales que directa e indirectamente imponga las obligaciones a lo (a) s médicos. 12) Hacer diligenciar al paciente el consentimiento informado que el HOSPITAL pone a disposición de lo (a) s médico(a) s y pacientes antes de la práctica de cualquier procedimiento médico. 13) Las demás que se deriven del normal desarrollo del objeto del presente contrato. **TERCERA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** Las siguientes son las obligaciones del Hospital. 1) Pagar al **MEDICO ADSCRITO** las facturas y/o cuentas de cobro presentadas por este último como consecuencia de los servicios prestados a los usuarios del **HOSPITAL**, según las tarifas acordadas, en los primeros cinco (5) días de cada mes. 2) Brindar al **MEDICO ADSCRITO**, las facilidades operativas que requiera para la prestación de sus servicios y suministrarle la documentación que sea necesaria y esté al alcance del **HOSPITAL**, con le fin de cumplir cabalmente el objeto de este contrato. 3) Mantener reserva total del contenido de la historia clínica de los pacientes, salvo en casos que la ley así lo exija. 4) Mantener actualizado al **MEDICO ADSCRITO**, acerca de los procedimientos y requisitos que establezca el **HOSPITAL**. 5) Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato. **CUARTA: HISTORIA CLINICA Y AUDITORIA:** Teniendo en cuenta que una de las funciones del HOSPITAL es el control integral, eficiente, oportuno y del calidad de los servicios prestados por los profesionales contratados, todo ello de acuerdo a lo estipulado por la normatividad legal y reglamentaria vigente, EL **MEDICO ADSCRITO**, se obliga a suministrar al HOSPITAL toda la información que éste último requiera en relación con la salud y la atención de los usuarios, así como entregarle copia de la historia clínica o documento que haga sus veces cuando esta última lo requiera. Para tal efecto, la historia clínica estará a plena disposición del HOSPITAL en todos los casos. En ese orden de ideas el HOSPITAL podrá realizar la respectiva auditoria médica y vigilar el cumplimiento de los protocolos de atención de los usuarios. **QUINTA: DURACION DEL CONTRATO:** Este contrato tendrá una duración de un (01) Año a partir de su firma. No obstante lo anterior, las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de ellas puede, por decisión unilateral, dar por terminado en cualquier momento el presente contrato; decisión que deberá ser informada por escrito a la otra con antelación mínima de QUINCE (15) días calendario a la pretendida fecha de terminación, implique pago de indemnización alguno o incumplimiento del contrato, siempre y cuando se cumpla el requisito de dar aviso previo y por escrito. **SEXTA: HONORARIOS:** el HOSPITAL pagará al **MEDICO ADSCRITO**, a título de honorarios profesionales y mientras dure la relación contractual la suma de **OCHENTA Y CUATRO MIL pesos M/CTE (\$84.000)**, por hora trabajada, en consulta externa, procedimientos de colposcopias y cotizaciones. Las partes contratantes dejan constancia que los honorarios pactados soportan en forma debida la prestación de los servicios objeto del contrato según los estudios técnico y la oferta de servicios realizados por el **HOSPITAL**. **PARAGRAFO PRIMERO:** Dichos honorarios se reajustaran cada primero (1º) de enero, dejando expresamente consagrado que el citado reajuste se hará basado según previo acuerdo y por escrito de las partes y no podrá ser inferior al índice Nacional de precios al consumidor (IPC), certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año anterior. En ningún caso se incrementarán los honorarios acordados por más de una vez al año. **PARAGRAFO 2:** EL HOSPITAL cancelará al médico especialista la suma de Diez mil Pesos M/cte (**\$10.000.00**) por ecografía tomada y que se encuentre reportada dentro del sistema de información del HOSPITAL con su respectiva justificación y con la salvedad que si se presentare glosa a dicha ecografía, esta glosa le será cargada al profesional que la realizo. **SEPTIMA: FORMA DE PAGO:** La suma de dinero mencionada en la cláusula anterior será pagada por el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO** en forma mensual vencida, previa presentación de la (s) factura (s) y/o cuenta(s) de cobro correspondiente(s) por parte de este último. La factura y/o cuenta de cobro deberá presentarse al **HOSPITAL** para su pago, dentro los cinco (5) primeros días calendario del mes siguiente al que se hayan prestado los servicios, anexando los documentos que el **HOSPITAL** considere necesarios, la cual será revisada y aprobada por el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. La cuenta de cobro que se entregue con posterioridad a esta fecha deberá tener la fecha del mes que se presente. **PARAGRAFO PRIMERO:** El **HOSPITAL** se obliga a cancelar la factura y/o cuenta de cobro presentada por el **MEDICO ADSCRITO**, dentro de los diez (10) primeros días calendario siguientes a la presentación de la misma, para efecto de los cuales se tendrá como fecha de presentación de la factura y/o cuenta de cobro la fecha que aparezca en el sello



de radicación del **HOSPITAL**. **OCTAVA: AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD:** El **MEDICO ADSCRITO**, para efectos de este Contrato obra como Contratista Independiente en los términos del artículo 3° del Decreto 2351/65, y como tal puede celebrar simultáneamente otros Contratos con diferentes entidades de salud, asume en forma total la responsabilidad que se derive de sus actos u omisiones, así como de la calidad e idoneidad de los servicios que le preste a los usuarios del **HOSPITAL**, salvo en casos de fuerza mayor, culpa de la víctima o hecho de terceros, caso en los cuales no asumirá responsabilidad alguna. Igualmente prestará sus servicios siempre por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, toda vez que las tarifas pactadas soportan en debida forma la prestación de los servicios objeto del presente contrato. Como consecuencia de ello, no quedará sujeto a horario alguno, y no tendrá subordinación frente a **EL HOSPITAL**, por cuanto la relación existente es de carácter Civil y no Laboral y por lo tanto no da lugar a reconocimiento y pago de prestaciones sociales. En consecuencia, el **MEDICO ADSCRITO** tendrá derecho únicamente a los pagos expresamente convenidos en el presente contrato, los cuales se cancelan a título de honorarios profesionales. **PARAGRAFO PRIMERO:** Teniendo en cuenta lo anterior y dada la naturaleza jurídica de este Contrato, es entendido que el **MEDICO ADSCRITO**, para la ejecución de este Contrato se afiliará como Trabajador Independiente al Sistema de Seguridad Social Integral (Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales), e igualmente deberá demostrar tales afiliaciones y pagos al **HOSPITAL** en forma mensual. **PARAGRAFO SEGUNDO:** teniendo en cuenta lo anterior, el **MEDICO ADSCRITO** autoriza al **HOSPITAL** de forma clara y expresa y en virtud de la suscripción del presente contrato, a descontar la totalidad de la suma el dinero que resulte de los daños y/o perjuicios causados en los elementos y equipos que estando en buen estado le fueron de manera expresa dejados bajo su responsabilidad, del valor que le adeude el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO**. **NOVENA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** el **HOSPITAL** vigilará el cumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO** por intermedio del jefe de Ginecología y Obstetricia, sin que exista dependencia Jerárquica, quien como supervisor ejercerá las siguientes funciones: a) Verificar el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones adquiridas por el **MEDICO ADSCRITO**, en virtud de la relación objeto de este contrato. b) Informar inmediatamente, al **HOSPITAL** Si durante la ejecución del contrato se presenta incumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO**. c) Las demás que se deriven de la naturaleza de su cargo Supervisor. **DECIMA: CESIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato se ha celebrado teniendo en cuenta el prestigio y seriedad del **MEDICO ADSCRITO**, razón por la cual este no podrá cederlo, ni subcontratar los servicios objeto del mismo sin la previa aceptación escrita del **HOSPITAL**, no quedando esta última obligada a dar razones que le asistan para negarlo. **DECIMA PRIMERA: LUGAR DE CUMPLIMIENTO:** Para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de este contrato, las partes acuerdan como lugar principal de ejecución las instalaciones del **HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS** de Cali, ubicado en la carrera 4 No.17-67 del Barrio San Nicolás de la ciudad de Cali (Valle del Cauca). **DECIMA SEGUNDA: TERMINACION DEL CONTRATO:** las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de las partes puede dar por terminado el presente contrato informando a la otra su determinación con antelación no inferior a quince (15) días calendario y sin que haya lugar a indemnización alguna. **DECIMA TERCERA:** El presente contrato está garantizado por la póliza de responsabilidad civil profesional No. 1508216000224 expedida por MAPFRE.

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali, el primero (01) del mes de febrero de 2019.

  
IVAN GONZALEZ QUINTERO  
MD. DIRECTOR GENERAL  


  
MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA  
MEDICO GINECOLOGO Y OBSTETRA



# CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE EL MEDICO ADSCRITO Y

## EL HOPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI

No.2019-00032

Entre los suscritos a saber, IVAN GONZALEZ QUINTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No.14.945.873 de Cali, obrando en su condición de Director General del HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI, debidamente autorizado por los Estatutos de la Institución, quien para efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, de un parte y por la otra el Doctor(a) **SANDRA PATRICIA MORERA AGUILAR**, identificado con la cédula de ciudadanía No.38.602.285 de Cali, con domicilio en Cali, en Avenida Piedra Grande Casa 16, Ciudad Jardin, teléfono No.3728079, celular No.3003817513, correo electrónico: morerasandra27@gmail.com, obrando en su propio nombre y representación y quien para efectos del presente CONTRATO se denominará el **MEDICO ADSCRITO**, hemos decidido en forma libre y voluntaria celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**, el cual se rige por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por las normas legales vigentes sobre la materia. **PRIMERA: OBJETO:** Por medio de este contrato el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, se obliga para con el HOSPITAL a prestar directamente a los usuarios de los servicios de salud ofrecidos por el Hospital, sus servicios profesionales como GINECOLOGO Y OBSTETRA en la sala de partos, consultorios de ginecología y salas de cirugía. Las actividades serán desarrolladas por el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, con total autonomía técnica y con sus propios medios, todo ello con las obligaciones contenidas en el texto del presente contrato, dejando de presente que tales actividades debe ser desarrolladas en las instalaciones del Hospital De San Juan De Dios De Cali, con respeto y apego a las normas constitucionales, legales, Reglamentarias y de ética que rigen su profesión y de acuerdo a los postulados vigentes que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **EL HOSPITAL**, por su parte pagará Al **MEDICO ADSCRITO**, como contraprestación, por los servicios prestados en virtud del presente contrato los honorarios acordados entre las partes. El HOSPITAL asume la responsabilidad que legalmente le competa con lo relacionado al cumplimiento de los requerimientos técnicos-científicos necesarios para la atención en salud. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL MEDICO ADSCRITO.** Las siguientes son las obligaciones generales a cargo del **MEDICO ADSCRITO:** 1) Prestar los servicios, objeto del presente contrato a los usuarios del **HOSPITAL**, con la mayor diligencia y cuidado, sin hacer ningún tipo de discriminación en la relación con los usuarios particulares y/o de otras entidades, utilizando para ello el equipo humano y/o o técnico idóneo, necesario y suficiente para garantizar la adecuada prestación de cada uno de los servicios contratados. 2) Permitir al **HOSPITAL** y a los funcionarios de esta el acceso, tanto a la información relacionada con la salud de los usuarios del **HOSPITAL**, como a la prestación de los servicios de salud por medio de la auditoria de todos los registros, ordenes de exámenes, resultados de los mismos, formulas médicas, etc. Suministrando la historia clínica y documentos que requiera el **HOSPITAL** y que se produzca en el desarrollo del presente Contrato y de la atención de los usuarios. 3) Definir con base en la impresión Diagnostica el procedimiento a seguir y remitir a otro profesional de salud cuando lo considere indispensable, sin que ello implique una restricción al acceso del servicio de salud solicitado por los usuarios. 4) Prescribir los medicamentos que requiera el usuario. 5) Ordenar los exámenes que requiera el usuario que se encuentren amparados por las coberturas de los Planes de Salud a los cuales se encuentre vinculado el usuario del **HOSPITAL**. 6) Cumplir con todos los procedimientos y requisitos establecidos por el **HOSPITAL** para el acceso a los servicios de salud de sus usuarios, así como todos y cada uno de los requisitos y políticas de calidad en el servicio exigidos tanto por la ley 10 de 1990, ley 100 de 1993, Decreto 2309 de 2002, Resolución 486 de 2003, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1446 de 2006 y las demás que complementen, adiciones o modifique y que se entienden incorporados al presente contrato, así como todas las relacionadas con la atención del usuario de calidad en el servicio establecidas por el HOSPITAL. 7) Expedir certificados de incapacidad temporal en los casos que a su juicio lo ameriten soportando en debida forma el concepto emitido. 8) Presentar al **HOSPITAL** y mantener actualizados los protocolos de atención de los usuarios. 9) Presentar las facturas y/o cuentas de cobro, cumpliendo



para ello con todo y cada uno de los requisitos de tiempo y forma exigidos por la ley y por el **HOSPITAL** para su reconocimiento y pago. 10) **EL MEDICO ADSCRITO** no podrá cobrar a los usuarios del **HOSPITAL** ninguna suma por prestación de servicios objeto del presente contrato. 11) Cumplir de manera estricta las disposiciones legales que directa e indirectamente imponga las obligaciones a lo (a) s médicos. 12) Hacer diligenciar al paciente el consentimiento informado que el **HOSPITAL** pone a disposición de lo (a) s médico(a) s y pacientes antes de la práctica de cualquier procedimiento médico. 13) Las demás que se deriven del normal desarrollo del objeto del presente contrato. **TERCERA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** Las siguientes son las obligaciones del Hospital. 1) Pagar al **MEDICO ADSCRITO** las facturas y/o cuentas de cobro presentadas por este último como consecuencia de los servicios prestados a los usuarios del **HOSPITAL**, según las tarifas acordadas, en los primeros cinco (5) días de cada mes. 2) Brindar al **MEDICO ADSCRITO**, las facilidades operativas que requiera para la prestación de sus servicios y suministrarle la documentación que sea necesaria y esté al alcance del **HOSPITAL**, con le fin de cumplir cabalmente el objeto de este contrato. 3) Mantener reserva total del contenido de la historia clínica de los pacientes, salvo en casos que la ley así lo exija. 4) Mantener actualizado al **MEDICO ADSCRITO**, acerca de los procedimientos y requisitos que establezca el **HOSPITAL**. 5) Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato. **CUARTA: HISTORIA CLINICA Y AUDITORIA:** Teniendo en cuenta que una de las funciones del **HOSPITAL** es el control integral, eficiente, oportuno y del calidad de los servicios prestados por los profesionales contratados, todo ello de acuerdo a lo estipulado por la normatividad legal y reglamentaria vigente, **EL MEDICO ADSCRITO**, se obliga a suministrar al **HOSPITAL** toda la información que éste último requiera en relación con la salud y la atención de los usuarios, así como entregarle copia de la historia clínica o documento que haga sus veces cuando esta última lo requiera. Para tal efecto, la historia clínica estará a plena disposición del **HOSPITAL** en todos los casos. En ese orden de ideas el **HOSPITAL** podrá realizar la respectiva auditoria médica y vigilar el cumplimiento de los protocolos de atención de los usuarios. **QUINTA: DURACION DEL CONTRATO:** Este contrato tendrá una duración de un (01) Año a partir de su firma. No obstante lo anterior, las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de ellas puede, por decisión unilateral, dar por terminado en cualquier momento el presente contrato; decisión que deberá ser informada por escrito a la otra con antelación mínima de QUINCE (15) días calendario a la pretendida fecha de terminación, implique pago de indemnización alguno o incumplimiento del contrato, siempre y cuando se cumpla el requisito de dar aviso previo y por escrito. **SEXTA: HONORARIOS:** el **HOSPITAL** pagará al **MEDICO ADSCRITO**, a título de honorarios profesionales y mientras dure la relación contractual la suma de **OCHENTA Y CUATRO MIL pesos M/CTE (\$84.000)**, por hora trabajada, en consulta externa, procedimientos de colposcopias y cotizaciones. Las partes contratantes dejan constancia que los honorarios pactados soportan en forma debida la prestación de los servicios objeto del contrato según los estudios técnico y la oferta de servicios realizados por el **HOSPITAL**. **PARAGRAFO PRIMERO:** Dichos honorarios se reajustaran cada primero (1º) de enero, dejando expresamente consagrado que el citado reajuste se hará basado según previo acuerdo y por escrito de las partes y no podrá ser inferior al índice Nacional de precios al consumidor (IPC), certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año anterior. En ningún caso se incrementarán los honorarios acordados por más de una vez al año. **PARAGRAFO 2:** EL **HOSPITAL** cancelará al médico especialista la suma de Diez mil Pesos M/cte (**\$10.000.00**) por ecografía tomada y que se encuentre reportada dentro del sistema de información del **HOSPITAL** con su respectiva justificación y con la salvedad que si se presentare glosa a dicha ecografía, esta glosa le será cargada al profesional que la realizo. **SEPTIMA: FORMA DE PAGO:** La suma de dinero mencionada en la cláusula anterior será pagada por el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO** en forma mensual vencida, previa presentación de la (s) factura (s) y/o cuenta(s) de cobro correspondiente(s) por parte de este último. La factura y/o cuenta de cobro deberá presentarse al **HOSPITAL** para su pago, dentro los cinco (5) primeros días calendario del mes siguiente al que se hayan prestado los servicios, anexando los documentos que el **HOSPITAL** considere necesarios, la cual será revisada y aprobada por el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. La cuenta de cobro que se entregue con posterioridad a esta fecha deberá tener la fecha del mes que se presente. **PARAGRAFO PRIMERO:** El **HOSPITAL** se obliga a cancelar la factura y/o cuenta de cobro presentada por



el **MEDICO ADSCRITO**, dentro de los diez (10) primeros días calendario siguientes a la presentación de la misma, para efecto de los cuales se tendrá como fecha de presentación de la factura y/o cuenta de cobro la fecha que aparezca en el sello de radicación del **HOSPITAL**. **OCTAVA: AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD:** El **MEDICO ADSCRITO**, para efectos de este Contrato obra como Contratista Independiente en los términos del artículo 3° del Decreto 2351/65, y como tal puede celebrar simultáneamente otros Contratos con diferentes entidades de salud, asume en forma total la responsabilidad que se derive de sus actos u omisiones, así como de la calidad e idoneidad de los servicios que le preste a los usuarios del **HOSPITAL**, salvo en casos de fuerza mayor, culpa de la víctima o hecho de terceros, caso en los cuales no asumirá responsabilidad alguna. Igualmente prestará sus servicios siempre por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, toda vez que las tarifas pactadas soportan en debida forma la prestación de los servicios objeto del presente contrato. Como consecuencia de ello, no quedará sujeto a horario alguno, y no tendrá subordinación frente a **EL HOSPITAL**, por cuanto la relación existente es de carácter Civil y no Laboral y por lo tanto no da lugar a reconocimiento y pago de prestaciones sociales. En consecuencia, el **MEDICO ADSCRITO** tendrá derecho únicamente a los pagos expresamente convenidos en el presente contrato, los cuales se cancelan a título de honorarios profesionales. **PARAGRAFO PRIMERO:** Teniendo en cuenta lo anterior y dada la naturaleza jurídica de este Contrato, es entendido que el **MEDICO ADSCRITO**, para la ejecución de este Contrato se afiliará como Trabajador Independiente al Sistema de Seguridad Social Integral (Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales), e igualmente deberá demostrar tales afiliaciones y pagos al **HOSPITAL** en forma mensual. **PARAGRAFO SEGUNDO:** teniendo en cuenta lo anterior, el **MEDICO ADSCRITO** autoriza al **HOSPITAL** de forma clara y expresa y en virtud de la suscripción del presente contrato, a descontar la totalidad de la suma el dinero que resulte de los daños y/o perjuicios causados en los elementos y equipos que estando en buen estado le fueron de manera expresa dejados bajo su responsabilidad, del valor que le adeude el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO**. **NOVENA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** el **HOSPITAL** vigilará el cumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO** por intermedio del jefe de Ginecología y Obstetricia, sin que exista dependencia Jerárquica, quien como supervisor ejercerá las siguientes funciones: a) Verificar el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones adquiridas por el **MEDICO ADSCRITO**, en virtud de la relación objeto de este contrato. B) Informar inmediatamente, al **HOSPITAL** Si durante la ejecución del contrato se presenta incumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO**. C) Las demás que se deriven de la naturaleza de su cargo Supervisor. **DECIMA: CESIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato se ha celebrado teniendo en cuenta el prestigio y seriedad del **MEDICO ADSCRITO**, razón por la cual este no podrá cederlo, ni subcontratar los servicios objeto del mismo sin la previa aceptación escrita del **HOSPITAL**, no quedando esta última obligada a dar razones que le asistan para negarlo. **DECIMA PRIMERA: LUGAR DE CUMPLIMIENTO:** Para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de este contrato, las partes acuerdan como lugar principal de ejecución las instalaciones del **HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS** de Cali, ubicado en la carrera 4 No.17-67 del Barrio San Nicolás de la ciudad de Cali (Valle del Cauca). **DECIMA SEGUNDA: TERMINACION DEL CONTRATO:** las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de las partes puede dar por terminado el presente contrato informando a la otra su determinación con antelación no inferior a quince (15) días calendario y sin que haya lugar a indemnización alguna. **DECIMA TERCERA:** El presente contrato está garantizado por la póliza de responsabilidad civil profesional No. RCMC00055335583 expedida por PROMEDICO.

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali, el primero (01) del mes de febrero de 2019.

  
**IVAN GONZALEZ QUINTERO**  
MD. DIRECTOR GENERAL  


  
**SANDRA PATRICIA MORERA AGUILAR**  
MEDICO GINECOLOGO Y OBSTETRA



## CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE EL MEDICO ADSCRITO Y

**EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI 2019-00023**

Entre los suscritos a saber, IVAN GONZALEZ QUINTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No.14.945.873 de Cali, obrando en su condición de Director General del HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI, debidamente autorizado por los Estatutos de la Institución, quien para efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, de un parte y por la otra el Doctor(a) OLGA LUCIA CUERO VIDAL, identificado con la cédula de ciudadanía No.31.970.102 de Cali, vecino de Cali en la carrera 94ª No.18-87 Barrio San Joaquín, Teléfono No.3966836, Celular No.3164540478, correo: linary67@hotmail.com, obrando en su propio nombre y representación y quien para efectos del presente CONTRATO se denominará el **MEDICO ADSCRITO**, hemos decidido en forma libre y voluntaria celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**, el cual se rige por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por las normas legales vigentes sobre la materia. **PRIMERA: OBJETO:** Por medio de este contrato el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, se obliga para con el **HOSPITAL** a prestar directamente a los usuarios de los servicios de salud ofrecidos por el Hospital, sus servicios profesionales como GINECOLOGO Y OBSTETRA en la sala de partos, consultorios de ginecología y salas de cirugía. Las actividades serán desarrolladas por el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, con total autonomía técnica y con sus propios medios, todo ello con las obligaciones contenidas en el texto del presente contrato, dejando de presente que tales actividades debe ser desarrolladas en las instalaciones del Hospital De San Juan De Dios De Cali, con respeto y apego a las normas constitucionales, legales, Reglamentarias y de ética que rigen su profesión y de acuerdo a los postulados vigentes que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **EL HOSPITAL**, por su parte pagará Al **MEDICO ADSCRITO**, como contraprestación, por los servicios prestados en virtud del presente contrato los honorarios acordados entre las partes. El **HOSPITAL** asume la responsabilidad que legalmente le compete con lo relacionado al cumplimiento de los requerimientos técnicos-científicos necesarios para la atención en salud. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL MEDICO ADSCRITO.** Las siguientes son las obligaciones generales a cargo del **MEDICO ADSCRITO:** 1) Prestar los servicios, objeto del presente contrato a los usuarios del **HOSPITAL**, con la mayor diligencia y cuidado, sin hacer ningún tipo de discriminación en la relación con los usuarios particulares y/o de otras entidades, utilizando para ello el equipo humano y/o o técnico idóneo, necesario y suficiente para garantizar la adecuada prestación de cada uno de los servicios contratados. 2) Permitir al **HOSPITAL** y a los funcionarios de esta el acceso, tanto a la información relacionada con la salud de los usuarios del **HOSPITAL**, como a la prestación de los servicios de salud por medio de la auditoria de todos los registros, ordenes de exámenes, resultados de los mismos, formulas médicas, etc. Suministrando la historia clínica y documentos que requiera el **HOSPITAL** y que se produzca en el desarrollo del presente Contrato y de la atención de los usuarios. 3) Definir con base en la impresión Diagnostica el procedimiento a seguir y remitir a otro profesional de salud cuando lo considere indispensable, sin que ello implique una restricción al acceso del servicio de salud solicitado por los usuarios. 4) Prescribir los medicamentos que requiera el usuario. 5) Ordenar los exámenes que requiera el usuario que se encuentren amparados por las coberturas de los Planes de Salud a los cuales se encuentre vinculado el usuario del **HOSPITAL**. 6) Cumplir con todos los procedimientos y requisitos establecidos por el **HOSPITAL** para el acceso a los servicios de salud de sus usuarios, así como todos y cada uno de los requisitos y políticas de calidad en el servicio exigidos tanto por la ley 10 de 1990, ley 100 de 1993, Decreto 2309 de 2002, Resolución 486 de 2003, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1446 de 2006 y las demás que complementen, adiciones o modifique y que se entienden incorporados al presente contrato, así como todas las relacionadas con la atención del usuario de calidad en el servicio establecidas por el **HOSPITAL**. 7) Expedir certificados de incapacidad temporal en los casos que a su juicio lo ameriten soportando en debida forma el concepto emitido. 8) Presentar al **HOSPITAL** y mantener actualizados los protocolos de atención



de los usuarios. 9) Presentar las facturas y/o cuentas de cobro, cumpliendo para ello con todo y cada uno de los requisitos de tiempo y forma exigidos por la ley y por el **HOSPITAL** para su reconocimiento y pago. 10) **EL MEDICO ADSCRITO** no podrá cobrar a los usuarios del **HOSPITAL** ninguna suma por prestación de servicios objeto del presente contrato. 11) Cumplir de manera estricta las disposiciones legales que directa e indirectamente imponga las obligaciones a lo (a) s médicos. 12) Hacer diligenciar al paciente el consentimiento informado que el **HOSPITAL** pone a disposición de lo (a) s médico(a) s y pacientes antes de la práctica de cualquier procedimiento médico. 13) Las demás que se deriven del normal desarrollo del objeto del presente contrato. **TERCERA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** Las siguientes son las obligaciones del Hospital. 1) Pagar al **MEDICO ADSCRITO** las facturas y/o cuentas de cobro presentadas por este último como consecuencia de los servicios prestados a los usuarios del **HOSPITAL**, según las tarifas acordadas, en los primeros cinco (5) días de cada mes. 2) Brindar al **MEDICO ADSCRITO**, las facilidades operativas que requiera para la prestación de sus servicios y suministrarle la documentación que sea necesaria y esté al alcance del **HOSPITAL**, con el fin de cumplir cabalmente el objeto de este contrato. 3) Mantener reserva total del contenido de la historia clínica de los pacientes, salvo en casos que la ley así lo exija. 4) Mantener actualizado al **MEDICO ADSCRITO**, acerca de los procedimientos y requisitos que establezca el **HOSPITAL**. 5) Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato. **CUARTA: HISTORIA CLINICA Y AUDITORIA:** Teniendo en cuenta que una de las funciones del **HOSPITAL** es el control integral, eficiente, oportuno y de la calidad de los servicios prestados por los profesionales contratados, todo ello de acuerdo a lo estipulado por la normatividad legal y reglamentaria vigente, **EL MEDICO ADSCRITO**, se obliga a suministrar al **HOSPITAL** toda la información que éste último requiera en relación con la salud y la atención de los usuarios, así como entregarle copia de la historia clínica o documento que haga sus veces cuando esta última lo requiera. Para tal efecto, la historia clínica estará a plena disposición del **HOSPITAL** en todos los casos. En ese orden de ideas el **HOSPITAL** podrá realizar la respectiva auditoria médica y vigilar el cumplimiento de los protocolos de atención de los usuarios. **QUINTA: DURACION DEL CONTRATO:** Este contrato tendrá una duración de un (01) Año a partir de su firma. No obstante lo anterior, las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de ellas puede, por decisión unilateral, dar por terminado en cualquier momento el presente contrato; decisión que deberá ser informada por escrito a la otra con antelación mínima de QUINCE (15) días calendario a la pretendida fecha de terminación, implique pago de indemnización alguno o incumplimiento del contrato, siempre y cuando se cumpla el requisito de dar aviso previo y por escrito. **SEXTA: HONORARIOS:** el **HOSPITAL** pagará al **MEDICO ADSCRITO**, a título de honorarios profesionales y mientras dure la relación contractual la suma de **OCHENTA Y CUATRO MIL pesos M/CTE (\$84.000)**, por hora trabajada, en consulta externa, procedimientos de colposcopias y cotizaciones. Las partes contratantes dejan constancia que los honorarios pactados soportan en forma debida la prestación de los servicios objeto del contrato según los estudios técnico y la oferta de servicios realizados por el **HOSPITAL**. **PARAGRAFO PRIMERO:** Dichos honorarios se reajustaran cada primero (1º) de enero, dejando expresamente consagrado que el citado reajuste se hará basado según previo acuerdo y por escrito de las partes y no podrá ser inferior al índice Nacional de precios al consumidor (IPC), certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año anterior. En ningún caso se incrementarán los honorarios acordados por más de una vez al año. **PARAGRAFO 2:** **EL HOSPITAL** cancelará al médico especialista la suma de Diez mil Pesos M/cte (**\$10.000.00**) por ecografía tomada y que se encuentre reportada dentro del sistema de información del **HOSPITAL** con su respectiva justificación y con la salvedad que si se presentare glosa a dicha ecografía, esta glosa le será cargada al profesional que la realizo. **SEPTIMA: FORMA DE PAGO:** La suma de dinero mencionada en la cláusula anterior será pagada por el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO** en forma mensual vencida, previa presentación de la (s) factura (s) y/o cuenta(s) de cobro correspondiente(s) por parte de este último. La factura y/o cuenta de cobro deberá presentarse al **HOSPITAL** para su pago, dentro los cinco (5) primeros días calendario del mes siguiente al que se hayan prestado los servicios, anexando los documentos que el **HOSPITAL** considere necesarios, la cual será revisada y aprobada por el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. La cuenta de cobro que se entregue con



posterioridad a esta fecha deberá tener la fecha del mes que se presente. **PARAGRAFO PRIMERO:** El **HOSPITAL** se obliga a cancelar la factura y/o cuenta de cobro presentada por el **MEDICO ADSCRITO**, dentro de los diez (10) primeros días calendario siguientes a la presentación de la misma, para efecto de los cuales se tendrá como fecha de presentación de la factura y/o cuenta de cobro la fecha que aparezca en el sello de radicación del **HOSPITAL**.

**OCTAVA: AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD:** El **MEDICO ADSCRITO**, para efectos de este Contrato obra como Contratista Independiente en los términos del artículo 3° del Decreto 2351/65, y como tal puede celebrar simultáneamente otros Contratos con diferentes entidades de salud, asume en forma total la responsabilidad que se derive de sus actos u omisiones, así como de la calidad e idoneidad de los servicios que le preste a los usuarios del **HOSPITAL**, salvo en casos de fuerza mayor, culpa de la víctima o hecho de terceros, caso en los cuales no asumirá responsabilidad alguna. Igualmente prestará sus servicios siempre por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, toda vez que las tarifas pactadas soportan en debida forma la prestación de los servicios objeto del presente contrato. Como consecuencia de ello, no quedará sujeto a horario alguno, y no tendrá subordinación frente a **EL HOSPITAL**, por cuanto la relación existente es de carácter Civil y no Laboral y por lo tanto no da lugar a reconocimiento y pago de prestaciones sociales. En consecuencia, el **MEDICO ADSCRITO** tendrá derecho únicamente a los pagos expresamente convenidos en el presente contrato, los cuales se cancelan a título de honorarios profesionales.

**PARAGRAFO PRIMERO:** Teniendo en cuenta lo anterior y dada la naturaleza jurídica de este Contrato, es entendido que el **MEDICO ADSCRITO**, para la ejecución de este Contrato se afiliará como Trabajador Independiente al Sistema de Seguridad Social Integral (Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales), e igualmente deberá demostrar tales afiliaciones y pagos al **HOSPITAL** en forma mensual.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** teniendo en cuenta lo anterior, el **MEDICO ADSCRITO** autoriza al **HOSPITAL** de forma clara y expresa y en virtud de la suscripción del presente contrato, a descontar la totalidad de la suma el dinero que resulte de los daños y/o perjuicios causados en los elementos y equipos que estando en buen estado le fueron de manera expresa dejados bajo su responsabilidad, del valor que le adeude el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO**.

**NOVENA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** el **HOSPITAL** vigilará el cumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO** por intermedio del jefe de Ginecología y Obstetricia, sin que exista dependencia Jerárquica, quien como supervisor ejercerá las siguientes funciones: a) Verificar el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones adquiridas por el **MEDICO ADSCRITO**, en virtud de la relación objeto de este contrato. b) Informar inmediatamente, al **HOSPITAL** Si durante la ejecución del contrato se presenta incumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO**. c) Las demás que se deriven de la naturaleza de su cargo Supervisor.

**DECIMA: CESIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato se ha celebrado teniendo en cuenta el prestigio y seriedad del **MEDICO ADSCRITO**, razón por la cual este no podrá cederlo, ni subcontratar los servicios objeto del mismo sin la previa aceptación escrita del **HOSPITAL**, no quedando esta última obligada a dar razones que le asistan para negarlo.

**DECIMA PRIMERA: LUGAR DE CUMPLIMIENTO:** Para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de este contrato, las partes acuerdan como lugar principal de ejecución las instalaciones del **HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS** de Cali, ubicado en la carrera 4 No.17-67 del Barrio San Nicolás de la ciudad de Cali (Valle del Cauca).

**DECIMA SEGUNDA: TERMINACION DEL CONTRATO:** las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de las partes puede dar por terminado el presente contrato informando a la otra su determinación con antelación no inferior a quince (15) días calendario y sin que haya lugar a indemnización alguna.

**DECIMA TERCERA:** El presente contrato está garantizado por la póliza de responsabilidad civil profesional No. 13012179 expedida por FEPASDE.

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali, el primero (01) del mes de febrero de 2019.

IVAN GONZALEZ QUINTERO

MD. DIRECTOR GENERAL



OLGA LUCIA CUERO VIDAL

MEDICO GINECOLOGO Y OBSTETRA



## CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE EL MEDICO ADSCRITO Y

### EL HOPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI

No.2019-00089

Entre los suscritos a saber, IVAN GONZALEZ QUINTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No.14.945.873 de Cali, obrando en su condición de Director General del HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI, debidamente autorizado por los Estatutos de la Institución, quien para efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, de un parte y por la otra el Doctor(a) CAROLINA RENDON RESTREPO, identificado con la cédula de ciudadanía No.31.323.124 de Cali, vecino de Cali Calle 3 No.64-10 Barrio El Refugio, celular No.3115604756, correo: huesos121@hotmail.com, obrando en su propio nombre y representación y quien para efectos del presente CONTRATO se denominará el **MEDICO ADSCRITO**, hemos decidido en forma libre y voluntaria celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**, el cual se rige por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por las normas legales vigentes sobre la materia. **PRIMERA: OBJETO:** Por medio de este contrato el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, se obliga para con el HOSPITAL a prestar directamente a los usuarios de los servicios de salud ofrecidos por el Hospital, sus servicios profesionales como GINECOLOGO Y OBSTETRA en la sala de partos, consultorios de ginecología y salas de cirugía. Las actividades serán desarrolladas por el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, con total autonomía técnica y con sus propios medios, todo ello con las obligaciones contenidas en el texto del presente contrato, dejando de presente que tales actividades debe ser desarrolladas en las instalaciones del Hospital De San Juan De Dios De Cali, con respeto y apego a las normas constitucionales, legales, Reglamentarias y de ética que rigen su profesión y de acuerdo a los postulados vigentes que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **EL HOSPITAL**, por su parte pagará Al **MEDICO ADSCRITO**, como contraprestación, por los servicios prestados en virtud del presente contrato los honorarios acordados entre las partes. El HOSPITAL asume la responsabilidad que legalmente le compete con lo relacionado al cumplimiento de los requerimientos técnicos-científicos necesarios para la atención en salud. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL MEDICO ADSCRITO.** Las siguientes son las obligaciones generales a cargo del **MEDICO ADSCRITO**: 1) Prestar los servicios, objeto del presente contrato a los usuarios del **HOSPITAL**, con la mayor diligencia y cuidado, sin hacer ningún tipo de discriminación en la relación con los usuarios particulares y/o de otras entidades, utilizando para ello el equipo humano y/o técnico idóneo, necesario y suficiente para garantizar la adecuada prestación de cada uno de los servicios contratados. 2) Permitir al **HOSPITAL** y a los funcionarios de esta el acceso, tanto a la información relacionada con la salud de los usuarios del **HOSPITAL**, como a la prestación de los servicios de salud por medio de la auditoria de todos los registros, ordenes de exámenes, resultados de los mismos, formulas médicas, etc. Suministrando la historia clínica y documentos que requiera el **HOSPITAL** y que se produzca en el desarrollo del presente Contrato y de la atención de los usuarios. 3) Definir con base en la impresión Diagnostica el procedimiento a seguir y remitir a otro profesional de salud cuando lo considere indispensable, sin que ello implique una restricción al acceso del servicio de salud solicitado por los usuarios. 4) Prescribir los medicamentos que requiera el usuario. 5) Ordenar los exámenes que requiera el usuario que se encuentren amparados por las coberturas de los Planes de Salud a los cuales se encuentre vinculado el usuario del **HOSPITAL**. 6) Cumplir con todos los procedimientos y requisitos establecidos por el **HOSPITAL** para el acceso a los servicios de salud de sus usuarios, así como todos y cada uno de los requisitos y políticas de calidad en el servicio exigidos tanto por la ley 10 de 1990, ley 100 de 1993, Decreto 2309 de 2002, Resolución 486 de 2003, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1446 de 2006 y las demás que complementen, adiciones o modifique y que se entienden incorporados al presente contrato, así como todas las relacionadas con la atención del usuario de calidad en el servicio establecidas por el HOSPITAL. 7) Expedir

certificados de incapacidad temporal en los casos que a su juicio lo ameriten soportando en debida forma el concepto emitido. 8) Presentar al **HOSPITAL** y mantener actualizados los protocolos de atención de los usuarios. 9) Presentar las facturas y/o cuentas de cobro, cumpliendo para ello con todo y cada uno de los requisitos de tiempo y forma exigidos por la ley y por el **HOSPITAL** para su reconocimiento y pago. 10) **EL MEDICO ADSCRITO** no podrá cobrar a los usuarios del **HOSPITAL** ninguna suma por prestación de servicios objeto del presente contrato. 11) Cumplir de manera estricta las disposiciones legales que directa e indirectamente imponga las obligaciones a lo (a) s médicos. 12) Hacer diligenciar al paciente el consentimiento informado que el **HOSPITAL** pone a disposición de lo (a) s médico(a) s y pacientes antes de la práctica de cualquier procedimiento médico. 13) Las demás que se deriven del normal desarrollo del objeto del presente contrato. **TERCERA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** Las siguientes son las obligaciones del Hospital. 1) Pagar al **MEDICO ADSCRITO** las facturas y/o cuentas de cobro presentadas por este último como consecuencia de los servicios prestados a los usuarios del **HOSPITAL**, según las tarifas acordadas, en los primeros cinco (5) días de cada mes. 2) Brindar al **MEDICO ADSCRITO**, las facilidades operativas que requiera para la prestación de sus servicios y suministrarle la documentación que sea necesaria y esté al alcance del **HOSPITAL**, con el fin de cumplir cabalmente el objeto de este contrato. 3) Mantener reserva total del contenido de la historia clínica de los pacientes, salvo en casos que la ley así lo exija. 4) Mantener actualizado al **MEDICO ADSCRITO**, acerca de los procedimientos y requisitos que establezca el **HOSPITAL**. 5) Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato. **CUARTA: HISTORIA CLINICA Y AUDITORIA:** Teniendo en cuenta que una de las funciones del **HOSPITAL** es el control integral, eficiente, oportuno y de la calidad de los servicios prestados por los profesionales contratados, todo ello de acuerdo a lo estipulado por la normatividad legal y reglamentaria vigente, **EL MEDICO ADSCRITO**, se obliga a suministrar al **HOSPITAL** toda la información que éste último requiera en relación con la salud y la atención de los usuarios, así como entregarle copia de la historia clínica o documento que haga sus veces cuando esta última lo requiera. Para tal efecto, la historia clínica estará a plena disposición del **HOSPITAL** en todos los casos. En ese orden de ideas el **HOSPITAL** podrá realizar la respectiva auditoria médica y vigilar el cumplimiento de los protocolos de atención de los usuarios. **QUINTA: DURACION DEL CONTRATO:** Este contrato tendrá una duración de un (01) Año a partir de su firma. No obstante lo anterior, las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de ellas puede, por decisión unilateral, dar por terminado en cualquier momento el presente contrato; decisión que deberá ser informada por escrito a la otra con antelación mínima de QUINCE (15) días calendario a la pretendida fecha de terminación, implique pago de indemnización alguno o incumplimiento del contrato, siempre y cuando se cumpla el requisito de dar aviso previo y por escrito. **SEXTA: HONORARIOS:** el **HOSPITAL** pagará al **MEDICO ADSCRITO**, a título de honorarios profesionales y mientras dure la relación contractual la suma de **OCHENTA Y CUATRO MIL pesos M/CTE (\$84.000)**, por hora trabajada. Las partes contratantes dejan constancia que los honorarios pactados soportan en forma debida la prestación de los servicios objeto del contrato según los estudios técnico y la oferta de servicios realizados por el **HOSPITAL**. **PARAGRAFO PRIMERO:** Dichos honorarios se reajustaran cada primero (1º) de enero, dejando expresamente consagrado que el citado reajuste se hará basado según previo acuerdo y por escrito de las partes y no podrá ser inferior al índice Nacional de precios al consumidor (IPC), certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año anterior. En ningún caso se incrementarán los honorarios acordados por más de una vez al año. **SEPTIMA: FORMA DE PAGO:** La suma de dinero mencionada en la cláusula anterior será pagada por el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO** en forma mensual vencida, previa presentación de la (s) factura (s) y/o cuenta(s) de cobro correspondiente(s) por parte de este último. La factura y/o cuenta de cobro deberá presentarse al **HOSPITAL** para su pago, dentro los cinco (5) primeros días calendario del mes siguiente al que se hayan prestado los servicios, anexando los documentos que el **HOSPITAL** considere necesarios, la cual será revisada y aprobada por el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. La cuenta de cobro que se entregue con posterioridad a esta fecha deberá tener la fecha del mes que se presente. **PARAGRAFO PRIMERO:** El **HOSPITAL** se obliga a cancelar la factura y/o cuenta de cobro presentada por el **MEDICO ADSCRITO**, dentro de los diez (10) primeros días calendario siguientes a la presentación de la misma, para efecto de los cuales se tendrá como fecha de presentación de la factura y/o cuenta de cobro la fecha que aparezca en el sello de radicación del



**HOSPITAL. OCTAVA: AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD:** El **MEDICO ADSCRITO**, para efectos de este Contrato obra como Contratista Independiente en los términos del artículo 3° del Decreto 2351/65, y como tal puede celebrar simultáneamente otros Contratos con diferentes entidades de salud, asume en forma total la responsabilidad que se derive de sus actos u omisiones, así como de la calidad e idoneidad de los servicios que le preste a los usuarios del **HOSPITAL**, salvo en casos de fuerza mayor, culpa de la víctima o hecho de terceros, caso en los cuales no asumirá responsabilidad alguna. Igualmente prestará sus servicios siempre por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, toda vez que las tarifas pactadas soportan en debida forma la prestación de los servicios objeto del presente contrato. Como consecuencia de ello, no quedará sujeto a horario alguno, y no tendrá subordinación frente a **EL HOSPITAL**, por cuanto la relación existente es de carácter Civil y no Laboral y por lo tanto no da lugar a reconocimiento y pago de prestaciones sociales. En consecuencia, el **MEDICO ADSCRITO** tendrá derecho únicamente a los pagos expresamente convenidos en el presente contrato, los cuales se cancelan a título de honorarios profesionales. **PARAGRAFO PRIMERO:** Teniendo en cuenta lo anterior y dada la naturaleza jurídica de este Contrato, es entendido que el **MEDICO ADSCRITO**, para la ejecución de este Contrato se afiliará como Trabajador Independiente al Sistema de Seguridad Social Integral (Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales), e igualmente deberá demostrar tales afiliaciones y pagos al **HOSPITAL** en forma mensual. **PARAGRAFO SEGUNDO:** teniendo en cuenta lo anterior, el **MEDICO ADSCRITO** autoriza al **HOSPITAL** de forma clara y expresa y en virtud de la suscripción del presente contrato, a descontar la totalidad de la suma el dinero que resulte de los daños y/o perjuicios causados en los elementos y equipos que estando en buen estado le fueron de manera expresa dejados bajo su responsabilidad, del valor que le adeude el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO**. **NOVENA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** el **HOSPITAL** vigilará el cumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO** por intermedio del jefe de Ginecología y Obstetricia, sin que exista dependencia Jerárquica, quien como supervisor ejercerá las siguientes funciones: a) Verificar el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones adquiridas por el **MEDICO ADSCRITO**, en virtud de la relación objeto de este contrato. b) Informar inmediatamente, al **HOSPITAL** Si durante la ejecución del contrato se presenta incumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO**. c) Las demás que se deriven de la naturaleza de su cargo Supervisor. **DECIMA: CESIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato se ha celebrado teniendo en cuenta el prestigio y seriedad del **MEDICO ADSCRITO**, razón por la cual este no podrá cederlo, ni subcontratar los servicios objeto del mismo sin la previa aceptación escrita del **HOSPITAL**, no quedando esta última obligada a dar razones que le asistan para negarlo. **DECIMA PRIMERA: LUGAR DE CUMPLIMIENTO:** Para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de este contrato, las partes acuerdan como lugar principal de ejecución las instalaciones del **HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS** de Cali, ubicado en la carrera 4 No.17-67 del Barrio San Nicolás de la ciudad de Cali (Valle del Cauca). **DECIMA SEGUNDA: TERMINACION DEL CONTRATO:** las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de las partes puede dar por terminado el presente contrato informando a la otra su determinación con antelación no inferior a quince (15) días calendario y sin que haya lugar a indemnización alguna. **DECIMA TERCERA:** El presente contrato está garantizado por la póliza de responsabilidad civil profesional No. 1006277, expedida por PREVISORA.

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali, el dieciocho (18) del mes de julio de 2019.

  
IVAN GONZALEZ QUINTERO

MD. DIRECTOR GENERAL

  
CAROLINA RENDON RESTREPO

MEDICO GINECOLOGO Y OBSTETRA

RM 916/03  
Carolina Rendon R.  
Ginecobstetra  
RM 916/03

## CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE EL MEDICO ADSCRITO Y

### EL HOPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI 2019-00034

Entre los suscritos a saber, IVAN GONZALEZ QUINTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No.14.945.873 de Cali, obrando en su condición de Director General del HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI, debidamente autorizado por los Estatutos de la Institución, quien para efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, de un parte y por la otra el Doctor(a) **DIEGO LEONARDO MONSALVE PINTO**, identificado con la cédula de ciudadanía No.80.041.584 de Bogotá, vecino de Bogotá, en la Calle 2 NO.66-61 Apto 502, celular No.3005718495, correo:diegomleo@hotmail.com, obrando en su propio nombre y representación y quien para efectos del presente CONTRATO se denominará el **MEDICO ADSCRITO**, hemos decidido en forma libre y voluntaria celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**, el cual se rige por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por las normas legales vigentes sobre la materia. **PRIMERA: OBJETO:** Por medio de este contrato el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, se obliga para con el HOSPITAL a prestar directamente a los usuarios de los servicios de salud ofrecidos por el Hospital, sus servicios profesionales como GINECOLOGO Y OBSTETRA en la sala de partos, consultorios de ginecología y salas de cirugía. Las actividades serán desarrolladas por el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, con total autonomía técnica y con sus propios medios, todo ello con las obligaciones contenidas en el texto del presente contrato, dejando de presente que tales actividades debe ser desarrolladas en las instalaciones del Hospital De San Juan De Dios De Cali, con respeto y apego a las normas constitucionales, legales, Reglamentarias y de ética que rigen su profesión y de acuerdo a los postulados vigentes que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **EL HOSPITAL**, por su parte pagará Al **MEDICO ADSCRITO**, como contraprestación, por los servicios prestados en virtud del presente contrato los honorarios acordados entre las partes. El HOSPITAL asume la responsabilidad que legalmente le competa con lo relacionado al cumplimiento de los requerimientos técnicos-científicos necesarios para la atención en salud. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL MEDICO ADSCRITO.** Las siguientes son las obligaciones generales a cargo del **MEDICO ADSCRITO**: 1) Prestar los servicios, objeto del presente contrato a los usuarios del **HOSPITAL**, con la mayor diligencia y cuidado, sin hacer ningún tipo de discriminación en la relación con los usuarios particulares y/o de otras entidades, utilizando para ello el equipo humano y/o o técnico idóneo, necesario y suficiente para garantizar la adecuada prestación de cada uno de los servicios contratados. 2) Permitir al **HOSPITAL** y a los funcionarios de esta el acceso, tanto a la información relacionada con la salud de los usuarios del **HOSPITAL**, como a la prestación de los servicios de salud por medio de la auditoria de todos los registros, ordenes de exámenes, resultados de los mismos, formulas médicas, etc. Suministrando la historia clínica y documentos que requiera el **HOSPITAL** y que se produzca en el desarrollo del presente Contrato y de la atención de los usuarios. 3) Definir con base en la impresión Diagnostica el procedimiento a seguir y remitir a otro profesional de salud cuando lo considere indispensable, sin que ello implique una restricción al acceso del servicio de salud solicitado por los usuarios. 4) Prescribir los medicamentos que requiera el usuario. 5) Ordenar los exámenes que requiera el usuario que se encuentren amparados por las coberturas de los Planes de Salud a los cuales se encuentre vinculado el usuario del **HOSPITAL**. 6) Cumplir con todos los procedimientos y requisitos establecidos por el **HOSPITAL** para el acceso a los servicios de salud de sus usuarios, así como todos y cada uno de los requisitos y políticas de calidad en el servicio exigidos tanto por la ley 10 de 1990, ley 100 de 1993, Decreto 2309 de 2002, Resolución 486 de 2003, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1446 de 2006 y las demás que complementen, adiciones o modifique y que se entienden incorporados al presente contrato, así como todas las relacionadas con la atención del usuario de calidad en el servicio establecidas por el HOSPITAL. 7) Expedir certificados de incapacidad temporal en los casos que a su juicio lo ameriten soportando en debida forma el concepto emitido. 8) Presentar al **HOSPITAL** y mantener actualizados los protocolos de atención de los usuarios. 9) Presentar las facturas y/o cuentas de cobro, cumpliendo para ello con todo y cada uno de los requisitos de tiempo y forma exigidos por la ley y por el **HOSPITAL** para su reconocimiento y pago. 10) El **MEDICO ADSCRITO** no podrá



cobrar a los usuarios del HOSPITAL ninguna suma por prestación de servicios objeto del presente contrato. 11) Cumplir de manera estricta las disposiciones legales que directa e indirectamente imponga las obligaciones a lo (a) s médicos. 12) Hacer diligenciar al paciente el consentimiento informado que el HOSPITAL pone a disposición de lo (a) médico(a) s y pacientes antes de la práctica de cualquier procedimiento médico. 13) Las demás que se deriven del normal desarrollo del objeto del presente contrato. **TERCERA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** Las siguientes son las obligaciones del Hospital. 1) Pagar al **MEDICO ADSCRITO** las facturas y/o cuentas de cobro presentadas por este último como consecuencia de los servicios prestados a los usuarios del **HOSPITAL**, según las tarifas acordadas, en los primeros cinco (5) días de cada mes. 2) Brindar al **MEDICO ADSCRITO**, las facilidades operativas que requiera para la prestación de sus servicios y suministrarle la documentación que sea necesaria y esté al alcance del **HOSPITAL**, con le fin de cumplir cabalmente el objeto de este contrato. 3) Mantener reserva total del contenido de la historia clínica de los pacientes, salvo en casos que la ley así lo exija. 4) Mantener actualizado al **MEDICO ADSCRITO**, acerca de los procedimientos y requisitos que establezca el **HOSPITAL**. 5) Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato.

**CUARTA: HISTORIA CLINICA Y AUDITORIA:** Teniendo en cuenta que una de las funciones del HOSPITAL es el control integral, eficiente, oportuno y del calidad de los servicios prestados por los profesionales contratados, todo ello de acuerdo a lo estipulado por la normatividad legal y reglamentaria vigente, EL **MEDICO ADSCRITO**, se obliga a suministrar al HOSPITAL toda la información que éste último requiera en relación con la salud y la atención de los usuarios, así como entregarle copia de la historia clínica o documento que haga sus veces cuando esta última lo requiera. Para tal efecto, la historia clínica estará a plena disposición del HOSPITAL en todos los casos. En ese orden de ideas el HOSPITAL podrá realizar la respectiva auditoria médica y vigilar el cumplimiento de los protocolos de atención de los usuarios. **QUINTA: DURACION DEL CONTRATO:** Este contrato tendrá una duración de un (01) Año a partir de su firma. No obstante lo anterior, las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de ellas puede, por decisión unilateral, dar por terminado en cualquier momento el presente contrato; decisión que deberá ser informada por escrito a la otra con antelación mínima de QUINCE (15) días calendario a la pretendida fecha de terminación, implique pago de indemnización alguno o incumplimiento del contrato, siempre y cuando se cumpla el requisito de dar aviso previo y por escrito. **SEXTA: HONORARIOS:** el HOSPITAL pagará al **MEDICO ADSCRITO**, a título de honorarios profesionales y mientras dure la relación contractual la suma de **OCHENTA Y CUATRO MIL pesos M/CTE (\$84.000)**, por hora trabajada, en consulta externa, procedimientos de colposcopias y cotizaciones. Las partes contratantes dejan constancia que los honorarios pactados soportan en forma debida la prestación de los servicios objeto del contrato según los estudios técnico y la oferta de servicios realizados por el **HOSPITAL**.

**PARAGRAFO PRIMERO:** Dichos honorarios se reajustaran cada primero (1º) de enero, dejando expresamente consagrado que el citado reajuste se hará basado según previo acuerdo y por escrito de las partes y no podrá ser inferior al índice Nacional de precios al consumidor (IPC), certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año anterior. En ningún caso se incrementarán los honorarios acordados por más de una vez al año. **PARAGRAFO 2:** EL HOSPITAL cancelará al médico especialista la suma de Diez mil Pesos M/cte (**\$10.000.00**) por ecografía tomada y que se encuentre reportada dentro del sistema de información del HOSPITAL con su respectiva justificación y con la salvedad que si se presentare glosa a dicha ecografía, esta glosa le será cargada al profesional que la realizo. **SEPTIMA: FORMA DE PAGO:** La suma de dinero mencionada en la cláusula anterior será pagada por el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO** en forma mensual vencida, previa presentación de la (s) factura (s) y/o cuenta(s) de cobro correspondiente(s) por parte de este último. La factura y/o cuenta de cobro deberá presentarse al **HOSPITAL** para su pago, dentro los cinco (5) primeros días calendario del mes siguiente al que se hayan prestado los servicios, anexando los documentos que el **HOSPITAL** considere necesarios, la cual será revisada y aprobada por el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. La cuenta de cobro que se entregue con posterioridad a esta fecha deberá tener la fecha del mes que se presente. **PARAGRAFO PRIMERO:** El **HOSPITAL** se obliga a cancelar la factura y/o cuenta de cobro presentada por el **MEDICO ADSCRITO**, dentro de los diez (10) primeros días calendario siguientes a la presentación de la misma, para efecto de los cuales se tendrá como fecha de presentación de la factura y/o cuenta de cobro la fecha que



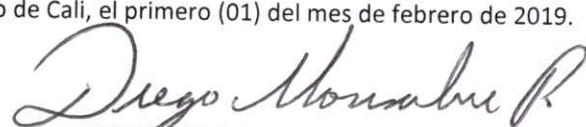
aparezca en el sello de radicación del **HOSPITAL**. **OCTAVA: AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD:** El **MEDICO ADSCRITO**, para efectos de este Contrato obra como Contratista Independiente en los términos del artículo 3° del Decreto 2351/65, y como tal puede celebrar simultáneamente otros Contratos con diferentes entidades de salud, asume en forma total la responsabilidad que se derive de sus actos u omisiones, así como de la calidad e idoneidad de los servicios que le preste a los usuarios del **HOSPITAL**, salvo en casos de fuerza mayor, culpa de la víctima o hecho de terceros, caso en los cuales no asumirá responsabilidad alguna. Igualmente prestará sus servicios siempre por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, toda vez que las tarifas pactadas soportan en debida forma la prestación de los servicios objeto del presente contrato. Como consecuencia de ello, no quedará sujeto a horario alguno, y no tendrá subordinación frente a **EL HOSPITAL**, por cuanto la relación existente es de carácter Civil y no Laboral y por lo tanto no da lugar a reconocimiento y pago de prestaciones sociales. En consecuencia, el **MEDICO ADSCRITO** tendrá derecho únicamente a los pagos expresamente convenidos en el presente contrato, los cuales se cancelan a título de honorarios profesionales. **PARAGRAFO PRIMERO:** Teniendo en cuenta lo anterior y dada la naturaleza jurídica de este Contrato, es entendido que el **MEDICO ADSCRITO**, para la ejecución de este Contrato se afiliará como Trabajador Independiente al Sistema de Seguridad Social Integral (Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales), e igualmente deberá demostrar tales afiliaciones y pagos al **HOSPITAL** en forma mensual. **PARAGRAFO SEGUNDO:** teniendo en cuenta lo anterior, el **MEDICO ADSCRITO** autoriza al **HOSPITAL** de forma clara y expresa y en virtud de la suscripción del presente contrato, a descontar la totalidad de la suma el dinero que resulte de los daños y/o perjuicios causados en los elementos y equipos que estando en buen estado le fueron de manera expresa dejados bajo su responsabilidad, del valor que le adeude el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO**. **NOVENA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** el **HOSPITAL** vigilará el cumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO** por intermedio del jefe de Ginecología y Obstetricia, sin que exista dependencia Jerárquica, quien como supervisor ejercerá las siguientes funciones: a) Verificar el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones adquiridas por el **MEDICO ADSCRITO**, en virtud de la relación objeto de este contrato. b) Informar inmediatamente, al **HOSPITAL** Si durante la ejecución del contrato se presenta incumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO**. c) Las demás que se deriven de la naturaleza de su cargo Supervisor. **DECIMA: CESIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato se ha celebrado teniendo en cuenta el prestigio y seriedad del **MEDICO ADSCRITO**, razón por la cual este no podrá cederlo, ni subcontratar los servicios objeto del mismo sin la previa aceptación escrita del **HOSPITAL**, no quedando esta última obligada a dar razones que le asistan para negarlo. **DECIMA PRIMERA: LUGAR DE CUMPLIMIENTO:** Para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de este contrato, las partes acuerdan como lugar principal de ejecución las instalaciones del **HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS** de Cali, ubicado en la carrera 4 No.17-67 del Barrio San Nicolás de la ciudad de Cali (Valle del Cauca). **DECIMA SEGUNDA: TERMINACION DEL CONTRATO:** las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de las partes puede dar por terminado el presente contrato informando a la otra su determinación con antelación no inferior a quince (15) días calendario y sin que haya lugar a indemnización alguna. **DECIMA TERCERA:** El presente contrato está garantizado por la póliza de responsabilidad civil profesional No. 1023436 expedida por LA PREVISORA.

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali, el primero (01) del mes de febrero de 2019.

  
IVAN GONZALEZ QUINTERO

MD. DIRECTOR GENERAL



  
DIEGO LEONARDO ISIDRO MONSALVE PINTO

MEDICO GINECOLOGO Y OBSTETRA



## CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS CELEBRADO ENTRE EL MEDICO ADSCRITO Y

### EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI 2019-00031

Entre los suscritos a saber, IVAN GONZALEZ QUINTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No.14.945.873 de Cali, obrando en su condición de Director General del HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI, debidamente autorizado por los Estatutos de la Institución, quien para efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, de un parte y por la otra el Doctor(a) JORGE ELIECER VALENCIA RESTREPO, identificado con la cédula de ciudadanía No.7.526.442 de Sevilla, vecino de Cali en la Avenida 8 Norte No.10-98 Apto 1406, teléfono No.6607245, obrando en su propio nombre y representación y quien para efectos del presente CONTRATO se denominará **EL MEDICO ADSCRITO**, hemos decidido en forma libre y voluntaria celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**, el cual se rige por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por las normas legales vigentes sobre la materia. **PRIMERA: OBJETO:** Por medio de este contrato el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, se obliga para con el **HOSPITAL** a prestar directamente a los usuarios de los servicios de salud ofrecidos por el Hospital, sus servicios profesionales como GINECOLOGO Y OBSTETRA en la sala de partos, consultorios de ginecología y salas de cirugía. Las actividades serán desarrolladas por el **MEDICO ADSCRITO** de manera independiente, con total autonomía técnica y con sus propios medios, todo ello con las obligaciones contenidas en el texto del presente contrato, dejando de presente que tales actividades debe ser desarrolladas en las instalaciones del Hospital De San Juan De Dios De Cali, con respeto y apego a las normas constitucionales, legales, Reglamentarias y de ética que rigen su profesión y de acuerdo a los postulados vigentes que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **EL HOSPITAL**, por su parte pagará Al **MEDICO ADSCRITO**, como contraprestación, por los servicios prestados en virtud del presente contrato los honorarios acordados entre las partes. El **HOSPITAL** asume la responsabilidad que legalmente le compete con lo relacionado al cumplimiento de los requerimientos técnicos-científicos necesarios para la atención en salud. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL MEDICO ADSCRITO.** Las siguientes son las obligaciones generales a cargo del **MEDICO ADSCRITO**: 1) Prestar los servicios, objeto del presente contrato a los usuarios del **HOSPITAL**, con la mayor diligencia y cuidado, sin hacer ningún tipo de discriminación en la relación con los usuarios particulares y/o de otras entidades, utilizando para ello el equipo humano y/o o técnico idóneo, necesario y suficiente para garantizar la adecuada prestación de cada uno de los servicios contratados. 2) Permitir al **HOSPITAL** y a los funcionarios de esta el acceso, tanto a la información relacionada con la salud de los usuarios del **HOSPITAL**, como a la prestación de los servicios de salud por medio de la auditoria de todos los registros, ordenes de exámenes, resultados de los mismos, formulas médicas, etc. Suministrando la historia clínica y documentos que requiera el **HOSPITAL** y que se produzca en el desarrollo del presente Contrato y de la atención de los usuarios. 3) Definir con base en la impresión Diagnostica el procedimiento a seguir y remitir a otro profesional de salud cuando lo considere indispensable, sin que ello implique una restricción al acceso del servicio de salud solicitado por los usuarios. 4) Prescribir los medicamentos que requiera el usuario. 5) Ordenar los exámenes que requiera el usuario que se encuentren amparados por las coberturas de los Planes de Salud a los cuales se encuentre vinculado el usuario del **HOSPITAL**. 6) Cumplir con todos los procedimientos y requisitos establecidos por el **HOSPITAL** para el acceso a los servicios de salud de sus usuarios, así como todos y cada uno de los requisitos y políticas de calidad en el servicio exigidos tanto por la ley 10 de 1990, ley 100 de 1993, Decreto 2309 de 2002, Resolución 486 de 2003, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1446 de 2006 y las demás que complementen, adiciones o modifique y que se entienden incorporados al presente contrato, así como todas las relacionadas con la atención del usuario de calidad en el servicio establecidas por el **HOSPITAL**. 7) Expedir certificados de incapacidad temporal en los casos que a su juicio lo ameriten soportando en debida forma el concepto emitido. 8) Presentar al **HOSPITAL** y mantener actualizados los protocolos de atención de los usuarios. 9) Presentar las facturas y/o cuentas de cobro, cumpliendo



para ello con todo y cada uno de los requisitos de tiempo y forma exigidos por la ley y por el **HOSPITAL** para su reconocimiento y pago. 10) **EL MEDICO ADSCRITO** no podrá cobrar a los usuarios del **HOSPITAL** ninguna suma por prestación de servicios objeto del presente contrato. 11) Cumplir de manera estricta las disposiciones legales que directa e indirectamente imponga las obligaciones a lo (a) s médicos. 12) Hacer diligenciar al paciente el consentimiento informado que el **HOSPITAL** pone a disposición de lo (a) s médico(a) s y pacientes antes de la práctica de cualquier procedimiento médico. 13) Las demás que se deriven del normal desarrollo del objeto del presente contrato. **TERCERA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** Las siguientes son las obligaciones del Hospital. 1) Pagar al **MEDICO ADSCRITO** las facturas y/o cuentas de cobro presentadas por este último como consecuencia de los servicios prestados a los usuarios del **HOSPITAL**, según las tarifas acordadas, en los primeros cinco (5) días de cada mes. 2) Brindar al **MEDICO ADSCRITO**, las facilidades operativas que requiera para la prestación de sus servicios y suministrarle la documentación que sea necesaria y esté al alcance del **HOSPITAL**, con le fin de cumplir cabalmente el objeto de este contrato. 3) Mantener reserva total del contenido de la historia clínica de los pacientes, salvo en casos que la ley así lo exija. 4) Mantener actualizado al **MEDICO ADSCRITO**, acerca de los procedimientos y requisitos que establezca el **HOSPITAL**. 5) Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato. **CUARTA: HISTORIA CLINICA Y AUDITORIA:** Teniendo en cuenta que una de las funciones del **HOSPITAL** es el control integral, eficiente, oportuno y del calidad de los servicios prestados por los profesionales contratados, todo ello de acuerdo a lo estipulado por la normatividad legal y reglamentaria vigente, **EL MEDICO ADSCRITO**, se obliga a suministrar al **HOSPITAL** toda la información que éste último requiera en relación con la salud y la atención de los usuarios, así como entregarle copia de la historia clínica o documento que haga sus veces cuando esta última lo requiera. Para tal efecto, la historia clínica estará a plena disposición del **HOSPITAL** en todos los casos. En ese orden de ideas el **HOSPITAL** podrá realizar la respectiva auditoria médica y vigilar el cumplimiento de los protocolos de atención de los usuarios. **QUINTA: DURACION DEL CONTRATO:** Este contrato tendrá una duración de un (01) Año a partir de su firma. No obstante lo anterior, las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de ellas puede, por decisión unilateral, dar por terminado en cualquier momento el presente contrato; decisión que deberá ser informada por escrito a la otra con antelación mínima de QUINCE (15) días calendario a la pretendida fecha de terminación, implique pago de indemnización alguno o incumplimiento del contrato, siempre y cuando se cumpla el requisito de dar aviso previo y por escrito. **SEXTA: HONORARIOS:** el **HOSPITAL** pagará al **MEDICO ADSCRITO**, a título de honorarios profesionales y mientras dure la relación contractual la suma de **OCHENTA Y CUATRO MIL pesos M/CTE (\$84.000)**, por hora trabajada. Las partes contratantes dejan constancia que los honorarios pactados soportan en forma debida la prestación de los servicios objeto del contrato según los estudios técnico y la oferta de servicios realizados por el **HOSPITAL**. **PARAGRAFO PRIMERO:** Dichos honorarios se reajustaran cada primero (1º) de enero, dejando expresamente consagrado que el citado reajuste se hará basado según previo acuerdo y por escrito de las partes y no podrá ser inferior al índice Nacional de precios al consumidor (IPC), certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año anterior. En ningún caso se incrementarán los honorarios acordados por más de una vez al año. **SEPTIMA: FORMA DE PAGO:** La suma de dinero mencionada en la cláusula anterior será pagada por el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO** en forma mensual vencida, previa presentación de la (s) factura (s) y/o cuenta(s) de cobro correspondiente(s) por parte de este último. La factura y/o cuenta de cobro deberá presentarse al **HOSPITAL** para su pago, dentro los cinco (5) primeros días calendario del mes siguiente al que se hayan prestado los servicios, anexando los documentos que el **HOSPITAL** considere necesarios, la cual será revisada y aprobada por el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. La cuenta de cobro que se entregue con posterioridad a esta fecha deberá tener la fecha del mes que se presente. **PARAGRAFO PRIMERO:** El **HOSPITAL** se obliga a cancelar la factura y/o cuenta de cobro presentada por el **MEDICO ADSCRITO**, dentro de los diez (10) primeros días calendario siguientes a la presentación de la misma, para efecto de los cuales se tendrá como fecha de presentación de la factura y/o cuenta de cobro la fecha que aparezca en el sello de radicación del **HOSPITAL**. **OCTAVA: AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD:** El **MEDICO ADSCRITO**, para efectos de este Contrato obra como Contratista Independiente en los términos del artículo 3º del Decreto 2351/65, y como tal puede celebrar



simultáneamente otros Contratos con diferentes entidades de salud, asume en forma total la responsabilidad que se derive de sus actos u omisiones, así como de la calidad e idoneidad de los servicios que le preste a los usuarios del **HOSPITAL**, salvo en casos de fuerza mayor, culpa de la víctima o hecho de terceros, caso en los cuales no asumirá responsabilidad alguna. Igualmente prestará sus servicios siempre por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, toda vez que las tarifas pactadas soportan en debida forma la prestación de los servicios objeto del presente contrato. Como consecuencia de ello, no quedará sujeto a horario alguno, y no tendrá subordinación frente a **EL HOSPITAL**, por cuanto la relación existente es de carácter Civil y no Laboral y por lo tanto no da lugar a reconocimiento y pago de prestaciones sociales. En consecuencia, el **MEDICO ADSCRITO** tendrá derecho únicamente a los pagos expresamente convenidos en el presente contrato, los cuales se cancelan a título de honorarios profesionales. **PARAGRAFO PRIMERO:** Teniendo en cuenta lo anterior y dada la naturaleza jurídica de este Contrato, es entendido que el **MEDICO ADSCRITO**, para la ejecución de este Contrato se afiliará como Trabajador Independiente al Sistema de Seguridad Social Integral (Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales), e igualmente deberá demostrar tales afiliaciones y pagos al **HOSPITAL** en forma mensual. **PARAGRAFO SEGUNDO:** teniendo en cuenta lo anterior, el **MEDICO ADSCRITO** autoriza al **HOSPITAL** de forma clara y expresa y en virtud de la suscripción del presente contrato, a descontar la totalidad de la suma el dinero que resulte de los daños y/o perjuicios causados en los elementos y equipos que estando en buen estado le fueron de manera expresa dejados bajo su responsabilidad, del valor que le adeude el **HOSPITAL** al **MEDICO ADSCRITO**. **NOVENA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** el **HOSPITAL** vigilará el cumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO** por intermedio del jefe de Ginecología y Obstetricia, sin que exista dependencia Jerárquica, quien como supervisor ejercerá las siguientes funciones: a) Verificar el cabal y oportuno cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones adquiridas por el **MEDICO ADSCRITO**, en virtud de la relación objeto de este contrato. b) Informar inmediatamente, al **HOSPITAL** Si durante la ejecución del contrato se presenta incumplimiento de las obligaciones a cargo del **MEDICO ADSCRITO**. c) Las demás que se deriven de la naturaleza de su cargo Supervisor. **DECIMA: CESIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato se ha celebrado teniendo en cuenta el prestigio y seriedad del **MEDICO ADSCRITO**, razón por la cual este no podrá cederlo, ni subcontratar los servicios objeto del mismo sin la previa aceptación escrita del **HOSPITAL**, no quedando esta última obligada a dar razones que le asistan para negarlo. **DECIMA PRIMERA: LUGAR DE CUMPLIMIENTO:** Para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de este contrato, las partes acuerdan como lugar principal de ejecución las instalaciones del **HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS** de Cali, ubicado en la carrera 4 No.17-67 del Barrio San Nicolás de la ciudad de Cali (Valle del Cauca). **DECIMA SEGUNDA: TERMINACION DEL CONTRATO:** las partes contratantes dejan expresa constancia que cualquiera de las partes puede dar por terminado el presente contrato informando a la otra su determinación con antelación no inferior a quince (15) días calendario y sin que haya lugar a indemnización alguna. **DECIMA TERCERA:** El presente contrato está garantizado por la póliza de responsabilidad civil profesional No. RM032146, expedida por LA CONFIANZA.

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali, el primero (01) del mes de febrero de 2019.

  
**IVAN GONZALEZ QUINTERO**

**MD. DIRECTOR GENERAL**



  
**JORGE ELIECER VALENCIA RESTREPO**

**MEDICO GINECOLOGO Y OBSTETRA**

**CONVENIO DE MEDICOS GENERALES EN EL SERVICIO DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI  
No.2019-00144**

Entre los suscritos a saber, **IVAN GONZALEZ QUINTERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 14945873 de Cali (Valle), obrando en su condición de Director General del Hospital de San Juan de Dios de Cali, debidamente autorizado por los Estatutos de la Institución, quien para efectos del presente convenio se denominará el **HOSPITAL**, de una parte y por la otra el (la) médico **SMITH CARRILLO BAQUERO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 80.407.243 de Bogotá, con domicilio en Cali, en la Calle 4ª No. 39-23 Barrio Nueva Granada, celular No.3105066659, obrando en su propio nombre y representación y quien para los efectos del presente convenio se denominará **MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**, hemos convenido la concesión que se contiene en las siguientes CLAUSULAS: **PRIMERA:** EL HOSPITAL, con sus propios recursos, ha construido dentro de sus instalaciones un área de **PEDIATRIA**, en la que facilita y permite a los profesionales la atención de sus pacientes, por su cuenta y riesgo dentro de dichas áreas y las condiciones determinadas por la Dirección del HOSPITAL para su funcionamiento y dentro del horario de atención de dicho servicio. **SEGUNDA:** EL HOSPITAL, autoriza al MEDICO ADSCRITO para utilizar dentro de las condiciones propias los consultorios, equipos e instalaciones del mismo, para prestar sus servicios profesionales a sus pacientes en dicha área. **TERCERA:** EL HOSPITAL, determinará los equipos, elementos e instalaciones que puedan ser utilizados por el MEDICO ADSCRITO durante el tiempo previsto en el permiso o autorización y de acuerdo con las condiciones propias del servicio. **CUARTA:** EL HOSPITAL cancelará al médico la suma de Sesenta y cinco mil Pesos M/cte (**\$65.000**) por hora trabajada en urgencias de lunes a viernes; setenta y un mil Pesos M/cte (**\$71.000**) por horas trabajadas en Noches y Fines de Semana; las cuales incluyen los procedimientos hechos al paciente para garantizar el cuidado primario. La complejidad del procedimiento, el tiempo invertido en la atención del paciente y el valor pagado por este último a la institución es totalmente independiente de la suma aquí pactada. **PARÁGRAFO:** El diligenciamiento incompleto o inadecuado de la documentación que hace parte de la historia clínica, el cual genere glosas y dificultades de cobro a las respectivas entidades, serán descontados del monto total a pagar al MEDICO ADSCRITO. **QUINTA:** Para efectos de la liquidación de estas horas se realizará pago por turno diario que se efectué, previa presentación de reporte de horas laboradas y solicitud de pago diligenciada por el jefe del departamento de cirugía. Queda expresamente determinado que el HOSPITAL no remunerará suma alguna ni recibirá servicio alguno del MEDICO ADSCRITO a quien no le quede autorizada su práctica



profesional como quedó dicho. **SEXTA:** El MEDICO ADSCRITO ejerce su profesión por su cuenta y riesgo y por tanto asume toda responsabilidad civil, contractual o extra contractual relacionada con la atención y manejo de los pacientes y procedimientos que atienda, y responde hasta por la culpa leve por la dotación y equipo que recibe y cuya utilización se le permite para su actividad. EL MEDICO ADSCRITO, mantendrá indemne al HOSPITAL, de cualquier reclamo que se presente y se obliga en los términos expuestos y autoriza al HOSPITAL, para deducir del importe correspondiente el valor de cualquier daño, repuesto, reparación de las dotaciones y equipos de acuerdo al costo que, para el HOSPITAL, represente esta situación. **SEPTIMA:** EL MEDICO ADSCRITO se someterá a las condiciones de operación, reglamento y funciones del HOSPITAL, y se obliga a cumplirlos sin que esto constituya subordinación de ninguna especie. **OCTAVA:** Ha sido condición para celebrar este convenio la calidad del profesional independiente, quien presta sus servicios en forma tal y bajo su cuenta y riesgo. ARTICULO 23 C.C. **NOVENA:** Este convenio tendrá una duración inicial de **UN (01) AÑO** a partir del **09 de Noviembre de 2019** y podrá prorrogarse por periodos sucesivos iguales, dejando constancia del acuerdo entre las partes por escrito y dentro del mes anterior al vencimiento del plazo inicial o de cualquiera de sus prorrogas. No obstante, durante su vigencia cualquiera de las partes podrá darlo por terminado informando a la otra su determinación con antelación no inferior a quince (15) días y sin que haya lugar a indemnización alguna. **DECIMA:** El MEDICO ADSCRITO opera en las instalaciones del HOSPITAL, que asume la totalidad de los gastos de servicios públicos y mantenimiento de planta física del mismo y que está localizado en la Ciudad de Santiago de Cali, en la carrera 4 No. 17-67 del Barrio San Nicolás. **UNDECIMA PRIMERA:** El presente Convenio está garantizado con la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional **No.13011608** expedida por SCARE (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación).

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali a los Nueve (09) Días del mes de Noviembre de 2019.

  
**IVAN GONZALEZ QUINTERO**  
MD Director General

  
**SMITH CARRILLO BAQUERO**  
Médico Adscrito

## IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

## EPICRISIS

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA

HISTORIA CLINICA

1184896

3

827963824101991



NOMBRES MILEXIS ANDREINA APELLIDOS DIAZ RADA EDAD 27 0 0 años mes días SEXO F

FECHA DE INGRESO 18/09/2019 08:49:35

FECHA DE EGRESO 18/09/2019 14:37:39

REGISTRO 282435

SERVICIO DE INGRESO SALA DE OBSTETRICIA

SERVICIO DE EGRESO SALA DE OBSTETRICIA

ESTADO GENERAL AL INGRESO

ESTADO GENERAL AL EGRESO

ESTABLE

ESTABLE

MOTIVO DE LA CONSULTA VENGO PARA MONITORIA

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE 27 AÑOS G1P0 POR 19/12/18 OPARA E.G 39 SS, ECOGRAFIA 01/04/19 A LAS 13.6 SS EXTRAPOLADA PARA 38.1 SS. PACIENTE QUIEN REFIERE DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION QUE SE IRRADIA A ZONA LUMBAR, SIN SALIDA DE MOCO NI SANGRE NI LIQUIDO POR VAGINA, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SINTOMAS PREMONITOPRIOS.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA, HOSPITALARIOS: NIEGA, QUIRURGICOS: NIEGA, TRAUMATOLOGICOS: NIEGA, GINECOOBSTETRICOS: G1 P0, CON 7 CONTROLES PRENATALES. SEXCARCA: 19 AÑOS, MENARCA: 13 AÑOS, ETS: NIEGA, N. CS EN EL ULTIMO AÑO # 1, CITOLOGIA: 1 AÑO, NO PATOLOGICO. FARMACOLOGICOS: NIEGA

## REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO E.A.

HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO Piel: NORMAL Cabeza: NORMAL Cuello/Torax: NORMAL Cardio/Pulmonar: NORMAL Abdomen/Espalda: GRAVIDO, E.G 39 SS POR ECGRAFIA Genital/Recto: TV: CUELLO BLANDO PERMEABLE Extremidades: NORMAL Neurologico: SIN ALTERACION NEUROLOGICA APARENTE MOTORA O SENSITIVA

CONDUCTA PACIENTE DE 27 AÑOS CON E.G 39.1 SS CON DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION POR LO QUE SE DECIDE TOMA DE MONITORIA FETAL PARA TOMAR CONDUCTA

## DIAGNOSTICOS DE INGRESO

O620 CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS

ok

EVOLUCION PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, REFIERE MEJORIA DEL DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

## AYUDAS DIAGNOSTICAS

MONITORIA FETAL: DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

DIAGNOSTICOS DE EGRESO EG 39.1SS, DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION

O620 CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS

ok

TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DILIGENCIA

SANDRA PATRICIA MORERA AGUILAR

CERTIFICADO

SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

INTERCONSULTAS

ESTADO FINAL VIVO

DIAS INCAPACIDAD 0

NINGUNA

## PLAN DE MANEJO AMBULATORIO

DESTINO DE PACIENTE

Atendido y Enviado a Casa

PACIENTE QUE INGRESA POR DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION, POR LO CUAL SE TOMA MONITORIA FETAL QUE REPORTA: CATEGORIA 1: FRECUENCIA BASAL 130 LPM, CON BIENESTAR FETAL CONSERVADO, POR LO QUE SE DESCARTA TRABAJO DE PARTO Y SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR EN CASO DE PRESENTAR SALIDA DE LIQUIDO, SANGRE O MOCO VAGINAL, DOLOR INTENSO QUE NO CEDA CON ANALGESIA, FIEBRE, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

SANDRA PATRICIA MORERA AGUILAR

IDENTIFICACION DE MEDICO

38602285

RM 38602285

REGISTRO MEDICO Y CARGO

GINECOLOGA OBSTETRA / CIRUJANO



# IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

## HISTORIA CLINICA - SALA DE OBSTETRICIA

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-602-4892222

Registro 982524



### I. DATOS DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION PE 827963824101991 HISTORIA 1184896 3 SEXO F  
FECHA Y HORA CONSULTA 18/09/2019 10:15:25 MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI BARRIO LAUREANO GOMEZ  
P. RESPONSABLE TELEFONO ESCOLARIDAD Básica Secundaria  
NOMBRES MILEXIS ANDREIN APELLIDO DIAZ RADA EDAD 27 Años 0 Meses 0 Dias

### II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

DIRECCION CRA 30B 48-62 LAUREANO GOMEZ TELEFONO 3126317753 ASEGURADOR COOSALUD SUBSIDIADO  
TIPO DE CONSULTA 1 Consulta General  
MOTIVO CONSULTA : "VENGO PARA MONITORIA

TRIAGE CLASIFICADO 3 REMITE NO\_REMITIDO ESTADO CIVIL U-LIBRE

### V. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE SI SEMANAS 38 PESO 95 Kg. ESTADO PACIENTE VIVO  
PACIENTE 27 AÑOS G1P0 FUR 19/12/18 OPARA E.G 39 SS, ECOGRAFIA 01/04/19 A LAS 13.6 SS EXTRAPOLADA PARA 38.1 SS. PACIENTE QUIEN REFIERE DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION QUE SE IRRADIA A ZONA LUMBAR, SIN SALIDA DE MOCO NI SANGRA NI LIQUIDO POR VAGINA, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SINTOMAS PREMOINOTOPRIOS.

### ANTECEDENTES

ALERTA TEMPRANA Ninguno  
PATOLOGICOS: NIEGA, HOSPITALIARIOS: NIEGA, QUIRURGICOS: NIEGA, TRAUMATOLOGICOS: NIEGA, GINECOOBSTETRICOS: G1 P0, CON 7 CONTROLES PRENATALES. SEXCARCA: 19 AÑOS, MENARCA: 13 AÑOS, ETS: NIEGA, N. CS EN EL ULTIMO AÑO # 1, CITOLOGIA: 1 AÑO, NO PATOLOGICO. FARMACOLOGICOS: NIEGA.

### REVISION POR SISTEMAS

NO REFERIDO E.A. Impresion : 05/03/2025 16:20:51

### VI. EVENTO OBSTETRICO

GRUPO SANGUINEO B+ PRUEBA VIH NEGATIVA ANTIGENO Hepatitis-B-NEGATIVO  
PRESENTACION Cefalica de frente TERMINACION No aplica FRECUENCIA C.F. Normal : 120 - 160  
DILATACION < 3 cm EDAD GESTACIONAL Termina : 37 - 42 ULTIMA SEROLOGIA 28/08/2019  
EXPULSION FETO No aplica RIESGO DE PARTO No aplica RESULTADO SEROLOGIA NO REACTIVA

### VII. EXAMEN FISICO

GNOS TALES F.C. 89 Temp 36. ° C T.A 132 / 70 mmHg FR: 18 x min GLASGOW: Ocular 4 Verbal 5 Motora 6 Estatura 164

GENERAL : PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, DESPIERTA, CONCIENTE

EL / OCOSAS: NORMAL

BEZA / OS / ORL: NORMAL

PELLO Y RAX: NORMAL

RDIO - LMONAR: NORMAL

MOMEN - PALDA: GRAVIDO, E.G 39 SS POR ECOGRAFIA

MITALES - CTO: TV: CUELLO BLANDO PERMEABLE

REMIDADES: NORMAL

UROLOGICO: SIN ALTERACION NEUROLOGICA APARENTE MOTORA O SENSITIVA

GNOSTICO: PACIENTE EN BUEN ESTADO CON E.G 38.1 SS POR ECOGRAFIA

OK CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS ok

INDUCTA ORIGEN SALA DE OBSTETRICIA DESTINO Observación

DETNE DE 27 AÑOS CON E.G 39.1 SS CON DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION POR LO QUE SE DECIDE TOMA DE MONITORIA AL PARA TOMAR CONDUCTA

*[Handwritten signature]*

Medico SANDRA PATRICIA MORERA  
38602285 GINECOLOGA OBSTETRA / CIRUJANO  
Registro Medico 38602285

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

## INFORMACION DEL PACIENTE

IDENTIFICACION	NOMBRE1	NOMBRE2	APELLIDO1	APELLIDO2	DIRECCION	TELEFONO	SEXO	NACIDO	EDAD
827963824101991	MILEXIS	ANDREINA	DIAZ	RADA	CRA 30B 48-62 LAUREANO GOMEZ	3126317753	F	24/10/1991	27

## EVOLUCIONES SOAP

EVOLUCION: 1167225  
FECHA EVOLUCION: 18/09/2019 14:32:27

MEDICO: SANDRA  
PATRICIA MORERA  
AGUILAR

REGISTRO:  
38602285

CARGO: MD GINECOLOGA  
OBSTETRA / CIRUJANA

SERVICIO: SALA  
DE OBSTETRICIA

**SUBJETIVO:** NOTA DE HOSPITALIZACION

**OBJETIVO:**

PIEL:

CABEZA / MAXILOFACIAL:

CUELLO / TORAX:

CARDIO / PULMONAR:

ABDOMEN / ESPALDA:

GENITOURINARIO / RECTO:

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR:

NEUROLOGICO:

**ANALISIS PLAN:** MILEXIS ANDREINA DIAZ 27 AÑOS DX: 1. GIP0 2. EMBARAZO DE 39 SS PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, EN EL MOMENTO CON MEJORIA DEL DOLOR PELVICO TIPO COLICO NIEGA OTROS SINTOMAS ACOMPAÑANTES PACIENTE QUE INGRESA POR DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION, POR LO CUAL SE TOMA MONITORIA FETAL QUE REPORTA CATEGORIA I: FRECUENCIA BASAL 130 LPM, CON BIENESTAR FETAL CONSERVADO, POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR SALIDA DE LIQUIDO, SANGRE O MOCO VAGINAL, DOLOR INTENSO QUE NO CEDA CON ANALGESIA, FIEBRE. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**SIGNOS**

**VITALES:** PULSO: 0

TA/SITOLICA: 0

TA/DIASTOLICA: 0

F/RESPIRATORIA: 0

GLASGOW: 0

**APOYO DIAGNOSTICO:**

DIAGNOSTICOS  
CIE10: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS  
INADECUADAS

DIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA:





## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 108764 CONTENIDO : Otro FECHA : 18/09/2019 23:12:52 DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896

HOSPITAL  
DE SAN JUAN DE DIOS

## DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA

## REPORTE DE AYUDAS DIAGNOSTICAS GINECOBSTETRICAS

FECHA: (AÑO/MES/DIA) 18 Sept / 2019  
HISTORIA CLINICA No. 1184896  
PACIENTE Milexis Diaz Roldan  
SERVICIO obstetricia

PROCEDIMIENTO REALIZADO	INDICAR	CODIGO
ECOGRAFIA OBSTETRICA		31100
ECOGRAFIA VAGINAL		31101
MONITORIA FETAL A.	X	37105
MONITORIA FETAL INTRA		37106

## DESCRIPCION DEL INFORME

FCT Basal: 130 bpm  
Variabilidad: moderada  
Aceleraciones: Si  
Desaceleraciones: NO

Bienestar fetal Conservado

*Dra. Sandra Moreno*  
Ginecóloga Obstetra  
Reg. 7524 / 2010

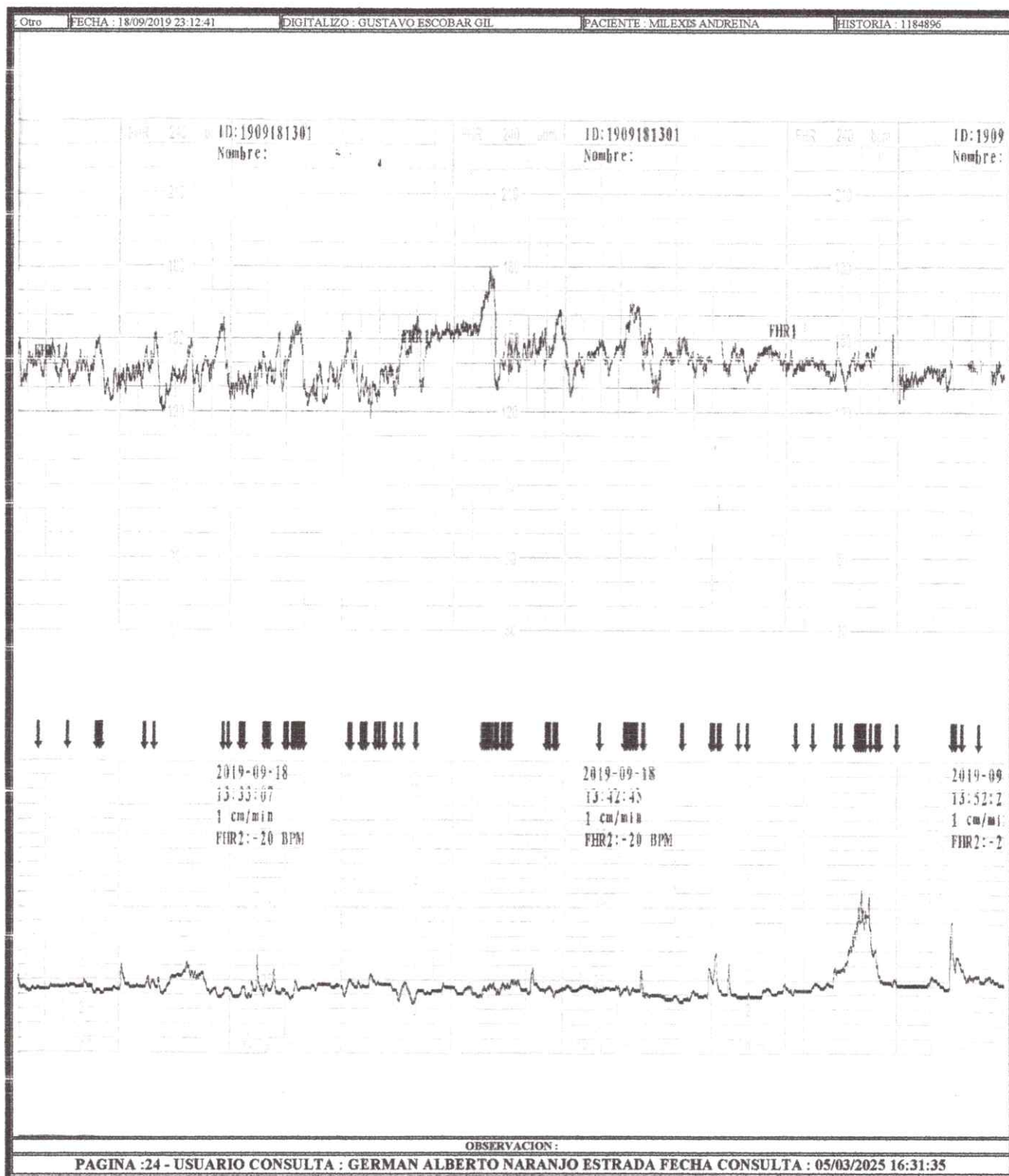
COD. 13469

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE ELABORO EL INFORME

## OBSERVACION:

PAGINA :25 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 05/03/2025 16:31:35

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI									
INFORMACION DEL PACIENTE									
IDENTIFICACION	NOMBRE1	NOMBRE2	APELLIDO1	APELLIDO2	DIRECCION	TELEFONO	SEXO	NACIDO	EDAD
827963824101991	MILEXIS	ANDREINA	DIAZ	RADA	CRA 30B 48-62 LAUREANO GOMEZ	3126317753	F	24/10/1991	27

## NOTAS DE ENFERMERIA

NRO NOTA : 2492510      FECHA EVOLUCION : 18/09/2019 15:27:39      ASISTENCIAL : KELLY LORENA DAZA GONZALEZ      REGISTRO : CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA      SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA      CAMA : 0

**NOTA :** 08:49 Ingres a paciente a sala de admisiones, deambulando por sus propios medios en compaia de familiar, paciente alerta, consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, hemodinamicamente estable, se observa respirando a medio ambiente sin ninguna dificultad con abdomen gravido paciente refiere movimiento fetales presentes, eliminando espontaneo, se realiza toma de signos vitales y se le explica a paciente que debe esperar llamado a consulta. 08:07 Paciente que es valorada por Dra Morera quien da Diagnostico de: 38.1ss, al tacto vaginal: cuello blando permeable, no sangrado vaginal, ordena monitoria fetal se le explica a la paciente quien refiere entender y aceptar. Se monta monitoreo fetal el cual queda en hc sellada y firmada, pendiente ser revalorada. paciente es revalorada con monitoria obstetra de turno ordena salida con recomendaciones. se entrega epicrisis se brindan recomendaciones quien refiere entender. Paciente sale caminando por sus propios medios, consciente y orientada en sus 3 esferas, respirando a medio ambiente, con abdomen gravido paciente refiere movimientos fetales, eliminando espontaneo, quien refiere sentirse en ebuns codnciones generales.

DIAGNOSTICOS O620      CONTRACCIONES PRIMARIAS  
CIE:      INADECUADAS  
DIAGNOSTICOS  
CIE:

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 109519 CONTENIDO : Otro FECHA : 19/09/2019 11:24:29 DIGITALIZO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896  
Caso: 04162730 <https://dynamicoos.force.com/prestadores/s/case/5003s000001ksgkAAB/...>

Search...

20



(/prestadores/s/)

Casos (/prestadores/s/case/Case/0086A000004uggCUAQ)

Actividad

Caso  
REPORTE URG PE  
827963824101991 MILEXIS

Seguir

Modificar

Duplicar

Prioridad	Estado	Número del caso
Alta	Nuevo	04162730

Detalle (?tabset-30a07=1)

Relacionado (?tabset-30a...

Enviar a Docuware (?tabs...

## Información Afiliado

## Información del prestador

IPS solicitante

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS(/prestadores/s/detail/0016A00000aj0lzQAA)

Dirección IPS

CRA 4 # 17-67

Sede IPS solicitante

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (/prestadores  
/s/detail/0016A00000ajJRhQAM)

Teléfono IPS

## Información de la atención y servicios solicitados

Origen de la atención

Enfermedad general

Clasificación triage

III

Destino del paciente

Observación

Servicio Solicitado

890750 (/prestadores/s/detail  
/a116A000002UUFeQAO)

Remitido

No

Tipo de servicio solicitado

Reporte de Urgencias

IPS que remite

Diagnóstico

0620 (/prestadores/s/detail  
/a1E6A000001Gfe6UAC)

Municipio IPS que remite

Modelo Diagnóstico

MATERNO PERINATAL

1 de 5



19/09/2019, 11:22

OBSERVACION:

PAGINA :26 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 05/03/2025 16:31:35

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



SOPORTE DE IMAGENES			
REGISTRO : 109522	CONTENIDO : Otro	FECHA : 19/09/2019 11:24:38	DIGITALIZO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ
PACIENTE : MILEXIS ANDREINA		HISTORIA : 1184896	
Caso: 04162730		<a href="https://dynamicoos.force.com/prestadores/s/case/5003s00000fksgkAAB/...">https://dynamicoos.force.com/prestadores/s/case/5003s00000fksgkAAB/...</a>	
Teléfonos alternos		Dx relacionado 1	20 
Fecha y hora de ingreso		Dx relacionado 2	
18/09/2019 09:00 a. m. (/prestadores/s/)		Casos (/prestadores/s/case/Case/0086A000004uggCUAQ)	Actividad
Información general			
Número de caso		Propietario del caso	
04162730201909		 <u>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS ADMISI</u> <u>ONES (/prestadores/s/profile/0056A0000</u> <u>02Na0BQAS)</u>	
Asunto		Estado	
REPORTE URG PE 827963824101991 MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA 19/09/2019		Nuevo	
Descripción		Origen del caso	
PACIENTE 27 AÑOS G1P0 FUR 19/12/18 OPARA E.G 39 SS, ECOGRAFIA 01/04/19 A LAS 13.6 SS EXTRAPOLADA PARA 38.1 SS. PACIENTE QUIEN REFIERE DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION QUE SE IRRADIA A ZONA LUMBAR, SIN SALIDA DE MOCO NI SANGRA NI LIQUIDO POR VAGINA, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SINTOMAS PREMOINITOPRIOS.		Portal de autogestión	
Fecha/Hora de apertura			
19/09/2019 11:22 a. m.			
Fecha de aprobación caso			
Observación			
Información Persona que informa			
Nombre quien informa		Cargo quien informa	
MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ GARCIA		AUXILIAR ADMINISTRATIVA	
Teléfono quien informa			
4892222 EXT 212			
Información Nacido Vivo			
Tipo documento madre paciente		Número documento madre paciente	
Madre/padre de del Nacido Vivo		Documento del menor	
Información Adicional			

4 de 5

19/09/2019, 11:22

OBSERVACION:

PAGINA :29 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 05/03/2025 16:31:35

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMÁGENES

REGISTRO: 109521 CONTENIDO: Otro FECHA: 19/09/2019 11:24:35 DIGITALIZO: MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896  
Caso: 04162730 <https://dynamicoos.force.com/prestadores/s/case/5003s000001ksgkAAB/...>

Madre/padre de del Nacido Vivo

Documento del menor

20 Información Adicional  
(/prestadores/s/)


Casos (/prestadores/s/case/Case/00B6A000004uggCUAQ)

Actividad


Prioridad

Alta

Creado por

 HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS  
ADMISIONES (/prestadores/s/profile  
/0056A000002Na0BQAS)  
19/09/2019 11:22 a. m.

Última modificación por

 HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS  
ADMISIONES (/prestadores/s/profile  
/0056A000002Na0BQAS)  
19/09/2019 11:22 a. m.

## Información Afiliado

## Información del prestador

IPS solicitante

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS (/prestadores  
/s/detail/0016A00000aj0LzQAA)

Dirección IPS

CRA 4 # 17-67

Sede IPS solicitante

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (/prestadores  
/s/detail/0016A00000ajJRhQAM)

Teléfono IPS

## Información de la atención y servicios solicitados

Origen de la atención

Enfermedad general

Clasificación triage

III

Destino del paciente

Observación

Servicio Solicitado

890750 (/prestadores/s/detail  
/a116A000002UUFoQAO)

Remitido

No

Tipo de servicio solicitado

Reporte de Urgencias

IPS que remite

Diagnóstico

Q620 (/prestadores/s/detail  
/a1E6A000001Gfe6UAC)

Municipio IPS que remite

Modelo Diagnóstico

MATERNO PERINATAL

Departamento IPS que remite

Descripción de diagnóstico

CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS

3 de 5

19/09/2019, 11:22

OBSERVACION:

PAGINA :28 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 05/03/2025 16:31:35

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 116946 CONTENIDO : Otro FECHA : 25/09/2019 09:16:36 DIGITALIZO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ PACIENTE : MILEXIS DIAZ HISTORIA : 1184896  
[https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua\\_internet/Pages/RespuestaConsulta...](https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta...)



La salud es de todos Ministerios

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PE
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	827963824101991
NOMBRES	MILEXIS ANDREINA
APELLIDOS	DIAZ RADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. - COOSALUD E.S.S.	SUBSIDIADO	06/02/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 09/25/2019 08:26:43 Estación de origen: 190.144.60.2

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado no encuentra novedad con la entidad que genera la consulta.

1 de 2

OBSERVACION:

25/09/2019, 08:26

PAGINA :31 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 05/03/2025 16:31:35

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 116947 CONTENIDO : Otro FECHA : 25/09/2019 09:16:40 DIGITALIZO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ PACIENTE : MILEXIS DIAZ HISTORIA : 1184896



**COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A**  
**NIT 900.226.715 - 3**

**CERTIFICA:**

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento: PE - 827963824101991  
Nombres: MILEXIS ANDREINA  
Apellidos: DIAZ RADA  
No. de carnet: 76001649506  
Tipo de afiliado: CABEZA DE FAMILIA  
Fecha de afiliación: 2019/02/06  
Estado de afiliación: ACTIVO  
Régimen: SUBSIDIADO  
IPS: RED DE SALUD ORIENTE-HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO ESS  
Departamento - Municipio: VALLE - CALI  
Categoría: 2

**OBSERVACIONES:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 25 días del mes de septiembre de 2019.

  
**CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR**  
Subdirector Nacional De Aseguramiento

www.coosalud.com

OBSERVACION:

PAGINA :32 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 05/03/2025 16:31:35



# IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

## EPICRISIS

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA

## HISTORIA CLINICA

1184896

4

827963824101991



NOMBRES MILEXIS ANDREINA APELLIDOS DIAZ RADA EDAD 28 años 0 mes 0 dias SEXO F

FECHA DE INGRESO 25/09/2019 08:29:23 FECHA DE EGRESO 28/09/2019 08:59:28 REGISTRO 283405

SERVICIO DE INGRESO SALA DE OBSTETRICIA SERVICIO DE EGRESO SALA ALTO RIESGO OBSTETRICO

ESTADO GENERAL AL INGRESO ESTADO GENERAL AL EGRESO

ALERTA. ALERTA. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

MOTIVO DE LA CONSULTA "ME SALIO LIQUIDO"

ENFERMEDAD ACTUAL G1P0A0. PACIENTE 27 AÑOS DE EDAD POR: 19/DICIEMBRE/2018 EXTRAPOLADA PARA EL DÍA DE HOY 40SS. CON PRIMERA ECOGRAFIA 28/FEBRERO/2019 EDAD GESTACIONAL DE 8.4 SS. EXTRAPOLADA PARA HOY 38.3 DIAS. CONSULTO HACE 1 SEMANA POR DOLOR TIPO CONTRACCIONES, OBSERVACION CON MONITORIA FETAL: CATEGORIA I Y DAN EGRESO CON RECOMENDACIONES. EL DIA DE HOY CONSULTA POR PERDIDA DE LIQUIDO O HACE 2 DIAS ACOMPAÑADO DE CEFALEA, FOSFENOS, TINITUS, MAREO, EPIGASTRALGIA, REFIERE DISMINUCIONES DE MOVIMIENTO FETALES DESDE AYER. TRAE PARACLINICOS: 27/FEBRERO/2019 ASHB NEGATIVO. 13/MARZO/2019 TOXOPLASMA IGG POSITIVO, IGM NEGATIVO. SEROLOGIA NEGATIVA, VIH: NEGATIVO, 04/JUNIO/2019 GLICEMIA PRE 80, POST 1 HORA: 185, POST 2 HORA DE 129 CON UNA CARGA DE 75 GR. 28/AGOSTO/2019 UROCULTIVO NEGATIVO. CRV POSITIVO PARA S. AGALACTIAE. 28/AGOSTO/2019 HEMOGRAMA: LEUCOS: 11.290, HB: 11.9, HCTO 35, VCM: 89, PLAQUETA 329.000. CON REPORTE DE ULTIMA ECOGRAFIA 28/AGOSTO/2019 FETO UNICO CEFALICO, VIVO, PLACENTA POSTERIOR, ILA 14.5, CON PESO FETAL ESTIMADO DE 2404 GRAMOS.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA, HOSPITALARIOS: NIEGA, QUIRURGICOS: NIEGA, TRAUMATOLOGICOS: NIEGA, GINECOOBSTETRICOS: G1 P0, CON 7 CONTROLES PRENATALES. MENARCA 13 AÑOS. SEXO CARCA 19 AÑOS. ETS: NIEGA. NUMERO DE PARTOS EN EL ULTIMO AÑO #1. CITOLOGIA: 16/11/2018 1 AÑO. NO PATOLOGICO. FARMACOLOGICOS: NIEGA.

REVISION POR SISTEMAS LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO Piel: ROSADA, MUCOSA HUMEDA Cabeza: NORMOCEFALICA, PUPILAS ISOCORICAS CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS Cuello/Torax: CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO A LAPALPACION NO MEGALIAS, TORAX NORMOEXPANSIBLE, Cardio/Pulmonar: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS Abdomen/Espalda: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, CON UNA ALTURA UTERINA DE 34 CM, DORSO IZQUIERDO, CEFALICO CON PRESENCIA DE VERGETURES PERIUMBILICAL, CICATRIZ HIPOPIGMENTADA A NIVEL SUPRAUMBILICAL DE 2 CM. Genital/Recto: GENITALES NORMOCONFIGURADOS, CUELLO INTERMEDIO BLANDO, PERMEABLE UNDOSE PALPABLE MEMBRANA INTEGRAS NOSALIDAD DEL LIQUIDO Extremidades: EXTREMIDADES SIMETRICAS, MOVILES, NO DOLOROSAS, FOVEA POSITIVA LLENADO CAPILAR >2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES. Neurologico: ALERTA, ORIENTADA, SIN APARENTE DEFICIT MOTOR O SENSITIVO

COMENTARIO DX: G1P0A0. EMBDE 38.3 SS OBESIDAD EDECD SOLCITA PER FILTRO TOXEMICO MONITROIA FETAL AFINAMINETO DETAPOR 2 HRAS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO O429 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ok O62 CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS ok

EVOLUCION PACIENTE G1C1. PUERPERIO MEDIATO. POR CESAREA POR INDUCCION FALLIDA. EN ADO EN CONTEXTO DE HIPERTENSION GESTACIONAL. SIN REQUERIMIENTO DE MANEJO ANTIHIPERTENSIVO Y CON CIERRAS TENSIONALES EN METAS. CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA. PERFIL DE DAÑO ENDOTELIAL NORMAL. CONTINUA MANEJO AMBULATORIO.

AYUDAS DIAGNOSTICAS 26/09/19, HEMOGRAMA LEUCOS 10460 NEUTROS 72.9 LINFOS 19.3 HB 12.4 HCTO 37 PLT 301.000 CR 0.49 PROTEINURIA ESPONTANEA 7.1 TGO 6.4 TGP 6.6 LDH 168 ACS TREPONEMA PALLIDIUM NEGATIVO VIH NEGATIVO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO G1C1. PUERPERIO MEDIATO. POP CESAREA 26/09/19 POR INDUCCION FALLIDA. HIPERTENSION GESTACIONAL. O13X HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL ok O82 OTROS PARTOS UNICOS POR CESAREA ok

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS ok

TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DILIGENCIO MARIA ADELAIDA VELEZ CERTIFICADO

MISOPROSTOL INDUCCION. OXITOCINA. ACETAMINOFEN. DIPIRONA. ENOXAPARINA.

740001 CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL -

INTERCONSULTAS ESTADO FINAL VIVO DIAS INCAPACIDAD 0 NINGUNA

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO DESTINO DE PACIENTE Atendido y Enviado a Casa  
 \*\*\*SALIDA \*\*\*SE ENTREGA FORMULA MEDICA \*\*\*CITA CONTROL GINECO-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO EN 15 DIAS \*\*\* PLANIFICACION FAMILIAR \*\*\*\* RETIRO DE PUNTOS EN 12 DIAS \*\*\* SE DAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS INMEDIATAMENTE (DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE, VOMITO PERSISTENTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE CABEZA, VERTIGES, ESCUCHA PITOS, DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO, ARDOR PARA ORINAR, ORINA CON SANGRE, RETENCION DE ORINA, AUMENTO DE SANGRADO VAGINAL Y DE MAL OLO, HERIDA QUIRURGICA ROJA Y CON SALIDA DE SECRECION, MAMAS ROJAS Y DURAS)

*Maria A. Velez*



# IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

## HISTORIA CLINICA - SALA DE OBSTETRICIA

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-602-4892222

Registro 984508



### I. DATOS DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION PE 827963824101991 HISTORIA 1184896 4 SEXO F  
FECHA Y HORA CONSULTA 25/09/2019 09:53:12 MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI BARRIO LAUREANO GOMEZ  
P. RESPONSABLE TELEFONO ESCOLARIDAD Media Técnica (Bachillerato)  
NOMBRES MILEXIS ANDREIN APELLIDO DIAZ RADA EDAD 28 Años 0 Meses 0 Dias  
DIRECCION CRA 30B 48-62 LAUREANO GOMEZ TELEFONO 3126317753 ASEGURADOR COOSALUD SUBSIDIADO

### II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

TIPO DE CONSULTA 1 Consulta General

MOTIVO CONSULTA : PERIDAD DE LIQUIDO

TRIAGE CLASIFICADO 3 REMITE NO\_REMITIDO ESTADO CIVIL U-LIBRE

### V. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE SI SEMANAS 40 PESO 85 Kg. ESTADO PACIENTE VIVO  
G1P0A0. PACIENTE 27 AÑOS DE EDAD FUR: 19/DICIEMBRE/2018 EXTRAPOLADA PARA EL DIA DE HOY 40SS CON PRIMERA ECOGRAFIA 28/FEBRERO/2019 EDAD GESTACIONAL DE 8.4 SS EXTRAPOLADA PARA HOY 38.3 DIAS. CONSULTA HACE 1 SEMANA POR DOLOR TIPO CONTRACCIONES, OBSERVACION CON MONITORIA FETAL: CATEGORIA I Y DAN EGERESO CON RECOMENDACIONES. EL DIA DE HOY CONSULTA POR PERDIDA DE LIQUIDO O HACE 2 DIAS ACOMPAÑADO DE CEFALEA, FOSFENOS, TINITUS, MAREO, EPIGASTRALGIA, REFIERE DISMINUCIONES DE MOVIMIENTO FETALES DESDE AYER. TRAE PARACLINICOS: 27/FEBRERO/2019 ASHB NEGATIVO. 13/MARZO/2019 TOXOPLASMA IGG POSITIVO, IGM NEGATIVO. SEROLOGIA NEGATIVA, VIH: NEGATIVO. 04/JUNIO/2019 GLUCEMIA PRE 80, POST 1 HORA: 185, POST 2 HORA DE 129 CON UNA CARGA DE 75 GR. 28/AGOSTO/2019 UROCULTIVO NEGATIVO. CRV POSITIVO PARA S. AGALACTIAE. 28/AGOSTO/2019 HEMOGRAMA: LEUCOS: 11.290, HB: 11.9, HCTO 35, VCM: 89, PLAQUETA 329.000. CON REPORTE DE ULTIMA ECOGRAFIA 28/AGOSTO/2019 FETO UNICO CEFALICO, VIVO, PLACENTA POSTERIOR, ILA 14.5, CON PESO FETAL ESTIMADO DE 2404 GRAMOS.

### ANTECEDENTES

ALERTA TEMPRANA Ninguno  
PATOLOGICOS: NIEGA, HOSPITALARIOS: NIEGA, QUIRURGICOS: NIEGA, TRAUMATOLOGICOS: NIEGA, GINECOOBSTETRICOS: G1 P0, CON 7 CONTROLES PRENATALES. MENARCA 13 AÑOS SEXCARCA: 19 AÑOS, ETS: NIEGA, NUMERO DE PAREJAS EN EL ULTIMO AÑO # 1, CITOLOGIA: 16/JULIO/2018 1 AÑO, NO PATOLOGICO. FARMACOLOGICOS: NIEGA.

### REVISION POR SISTEMAS

Impresion : 06/03/2025 07:46:46

### LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

### VI. EVENTO OBSTETRICO

GRUPO SANGUINEO SIN IDENTIFICAR PRUEBA VIH No Aplica ANTIGENO DESCONOCIDO  
PRESENTACION No aplica TERMINACION No Aplica FRECUENCIA C.F. No Aplica  
DILATACION No Aplica EDAD GESTACIONAL No Aplica ULTIMA SEROLOGIA 26/08/2019  
EXPULSION FETO No Aplica RIESGO DE PARTO No Aplica RESULTADO SEROLOGIA NO REACTIVA

### V. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES F.C. 91 Temp 36 °C T.A 134 / 81 mmHg FR: 17 x min GLASGOW: Ocular 4 Verbal 5 Motora 6 Estatura 163

GENERAL :

PIEL / MUCOSAS: ROSADA, MUCOSA HUMEDA

CABEZA / OJOS / ORL: NORMOCEFALICA, PUPILAS ISOCORICAS CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS

CUELLO Y TORAX: CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO A LAPALPACION NO MEGALIAS, TORAX NORMOEXPANSIBLE,

CARDIO - PULMONAR: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS

ADMOMEN - ESPALDA: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, CON UNA ALTURA UTERINA DE 34 CM, DORSO IZQUIERDO, CEFALICO CONPRESENCIA DE VERGETURES PERIUMBILICAL, CICATRIZ HIPOPIGMENTADA A NIVEL SUPRAUMBILICAL DE 2 CM.

GENITALES - RECTO: GENITALES NORMOCONFIGURADOS, CUELLO INTERMEDIO BLANDO, PERINEO ELASTICO, MEMBRANA INTACTA, NO SANGRAN, NO SANGRAN, NO SANGRAN

EXTREMIDADES: EXTREMIDADES SIMETRICAS, MOVILES, NO DOLOROSAS, FOVEA POSITIVA LLENADO CAPILAR >2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.

NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, SIN APARENTE DEFICIT MOTOR O SENSITIVO

DIAGNOSTICO:

G429 RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION G620 CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS

CONDUCTA ORIGEN SALA DE OBSTETRICIA DESTINO Hospitalizado (Internación)

DX: G1P0A0. EMBDE38.3SS OBESIDAD EDECD SOLCITAPERFILTOXEMICY MONITROIA FETAL AFINAMINETODETAPOR 2HRAS

Medico OLGA LUCIA CUERO VIDAL

31970102 MEDICO GINECOBSTRICIA CIRUGIA

Registro Medico 550-96



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

## INFORMACION DEL PACIENTE

IDENTIFICACION	NOMBRE1	NOMBRE2	APELLIDO1	APELLIDO2	DIRECCION	TELEFONO	SEXO	NACIDO	EDAD
827963824101991	MILEXIS	ANDREINA	DIAZ	RADA	CRA 30B 48-62 LAUREANO GOMEZ	3126317753	F	24/10/1991	28

## EVOLUCIONES SOAP

EVOLUCION: 1172050 FECHA EVOLUCION: 28/09/2019 MEDICO: MARIA ADELAIDA VELEZ REGISTRO: 5067005 CARGO: MEDICO GINECOBISTETRA CIRUGIA SERVICIO: SALA ALTO RIESGO OBSTETRICO

**SUBJETIVO:** \*\*\*\*\*EVOLUCIÓN ALTO RIESGO OBSTETRICO\*\*\*\*\* MIXELIS ANDREINA DIAZ EDAD: 28 AÑOS RH: B POSITIVO DIAGNOSTICOS: 1. G1C1 2. PUERPERIO MEDIANO 3. POP CESAREA 26 SEPT 2019 18:13hrs POR INDUCCION FALLIDA 4. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL 5. OBESIDAD MATERNA TRATAMIENTO: -ACETAMINOFEN 500MG C/6HRS -DIPIRONA 2GR C/6HRS -ENOXAPARINA 60MG SC DIA S: PACIENTE REFIERE ENCONTRARSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, TOLERA VIA ORAL, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA CEFALEA, NIEGA FOSFENOS, NIEGA TINNITUS, NIEGA EPIGASTRALGIA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

**OBJETIVO:**

PIEL: NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL: OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS. CAVIDAD ORAL: MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS.

CUELLO / TORAX: CUELLO MOVIL, NO AENOPATIAS. TORAX SIMETRICO. MAMAS SECRETANTES, NO CONGESTIVAS.

CARDIO / PULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO AUSCULTO RUIDOS SOBREAGREGADOS.

ABDOMEN / ESPALDA: PERITALISMO PRESENTE. DOLOR EN REGION QUIRURGICA. HERIDA QUIRURGICA CON MATERIAL DE SUTURA, SIN DEHISCENCIAS, SIN SANGRADO.

GENITOURINARIO / RECTO: A LA INSPECCIÓN VAGINAL LOQUIOS RUBRA ESCASOS.

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR: MOVILES. EDEMA GI MIEMBROS INFERIORES, FOVEA NEGATIVA. NO SIGNOS TVP.

NEUROLOGICO: ORIENTADA TIEMPO, LUGAR Y PERSONA. NO FOCALIZACIONES. ROT ++/++.

**ANALISIS PLAN:** PACIENTE G1C1, PUERPERIO MEDIANO, POP CESAREA POR INDUCCION FALLIDA, EN ARO EN CONTEXTO DE HIPERTENSIÓN GESTACIONAL, SIN REQUERIMIENTO DE MANEJO ANTIHIPERTENSIVO, CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, CON PERFIL DE DAÑO ENDOTELIAL NORMAL, AL EXAMEN FISICO UTERO INVOLUCIONADO, TONICO, LOQUIOS NORMALES, REFLEJOS NORMALES, SIN OTROS SIGNOS DE ALARMA, CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, SE CONSIDERA CONTINUAR MANEJO AMBULATORIO, SE ENTREGA FORMULA MEDICA, SE ASESORA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR, DESEA PLANIFICACION CON INYECTABLE TRIMESTRAL, SE ENTREGA ORDEN PARA APLICAR EN UN MES, CITA CONTROL GINECO-OBSTETRICA DE ALTO RIESGO EN 15 DIAS, SE INDICA TOMA DE PRESION ARTERIAL MINIO 3 VECES A LA SEMANA EN PUESTO DE SALUD CERCANO, SE DAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS INMEDIATAMENTE (DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE, VOMITO PERSISTENTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE CABEZA, QUE VE LUCES, ESCUCHA PITOS, DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO, ARDOR PARA ORINAR, ORINA CON SANGRE, RETENCION DE ORINA, AUMENTO DE SANGRADO VAGINAL Y DE MAL OLO, HERIDA ROJA Y CON SALIDA DE SECRECION, MAMAS ROJAS Y DURAS).

**SIGNOS****VITALES:** PULSO: 84

TA/SITOLICA: 122

TA/DIASTOLICA: 79 F/RESPIRATORIA: 18 GLASGOW: 15

**APOYO DIAGNOSTICO:** NORMALDIAGNOSTICOS  
CIE10: O13XHIPERTENSION GESTACIONAL  
(INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN  
PROTEINURIA SIGNIFICATIVAOTROS PARTOS  
UNICOS POR  
CESAREADIAGNOSTICOS  
CIE10: Z988OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS  
ESPECIFICADOS

FIRMA:

Maria A Velez 6

EVOLUCION: 1171950 FECHA EVOLUCION: 27/09/2019 MEDICO: DERLY JENNY GARCES REGISTRO: 1261-91 CARGO: MEDICO GINECOBISTETRA - CIRUGIA SERVICIO: SALA ALTO RIESGO OBSTETRICO

**SUBJETIVO:** NOTA DE HOSPITALIZACION**OBJETIVO:**

PIEL:

CABEZA / MAXILOFACIAL:

CUELLO / TORAX:

CARDIO / PULMONAR:

ABDOMEN / ESPALDA:

GENITOURINARIO / RECTO:

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR:

NEUROLOGICO:

**ANALISIS PLAN:** pte de 28 años g1c1 postcesarea del 26 sep a las 18:54. actualmente ambulatoria, niega premonitorios, refiere dolor leve en herida qca TA 126/83 FC: 83X/SAT: 96% Abdomen: blando, depresible, herida quirurgica en buen estado gu: loquios normales Plan: continuar observacion clinica.

**SIGNOS****VITALES:** PULSO: 0

TA/SITOLICA: 0

TA/DIASTOLICA: 0 F/RESPIRATORIA: 0 GLASGOW: 0

**APOYO DIAGNOSTICO:**DIAGNOSTICOS  
CIE10: O150

PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO

EVOLUCIONES

# DOCUMENTO DIGITALIZADO

DIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :



EVOLUCION : FECHA EVOLUCION : 27/09/2019  
1171913 17:34:05

MEDICO : JOSE RAUL QUESADA

REGISTRO : 847-  
89

CARGO : MEDICO  
GINECOBSTETRA -  
CIRUGIA

SERVICIO :  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO

**SUBJETIVO :** NOTA DE HOSPITALIZACION

**OBJETIVO :**

PIEL :

CABEZA / MAXILOFACIAL :

CUELLO / TORAX :

CARDIO / PULMONAR :

ABDOMEN / ESPALDA :

GENITOURINARIO / RECTO :

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :

NEUROLOGICO :

**ANALISIS PLAN :** pte con buena evolucion clinica, afebril tolera via oral y deambulacion, no premonitorios al ef ta 128/77, tam 91, fc 78x', fr 18x' cp normal abd utero tonico infraumbilical, no blubmerg gu escaso sangrado vaginal cx igual manejo

**SIGNOS**

**VITALES :**

PULSO : 0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : 0  
F/RESPIRATORIA : 0 GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :** NORMAL

DIAGNOSTICOS  
CIE10: O140

PREECLAMPSIA MODERADA

O829

PARTO POR  
CESAREA, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNOSTICOS  
CIE10: O610

FRACASO DE LA INDUCCION MEDICA  
DEL TRABAJO DE PARTO

FIRMA :



EVOLUCION : FECHA EVOLUCION : 27/09/2019  
1171595 10:29:25

MEDICO : JOSE RAUL QUESADA

REGISTRO : 847-  
89

CARGO : MEDICO  
GINECOBSTETRA -  
CIRUGIA

SERVICIO :  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO

**SUBJETIVO :** NOTA DE HOSPITALIZACION

**OBJETIVO :**

PIEL :

CABEZA / MAXILOFACIAL :

CUELLO / TORAX :

CARDIO / PULMONAR :

ABDOMEN / ESPALDA :

GENITOURINARIO / RECTO :

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :

NEUROLOGICO :

**ANALISIS PLAN :** EVOLUCION DE LAS 8 AM: PTE EN POSTCESAREA DE +/- 14 HORAS, CON BUENA EVOLUCION CLINICA, NO PREMONITORIOS, CURVA DE TA NORMALES, DIURESIS 1,2 CCKGHORA, TOLERA DEAMBULACION Y VIA ORAL, NO APARENTA ENF AGUDA AL EF: TA 120/68, TAM 84X', FC 76X', FC 19X'. SAT DE O2 96% CP NORMAL ABD UTERO TONICO INFRAUMBILICAL, NO BLUMBERG, PERISTALTISMO +, GU ESCASO SANGRADO VAGINAL CX IGUAL MANEJO, BUENA EVOLUCION CLINICA, AST, ALT Y LDH NORMALES, CREATININA NORMAL, HB 12, 1, PLAQUETAS NORMALES, SEGUIR EN OBSERVACION.

**SIGNOS**

**VITALES :**

PULSO : 0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : 0  
F/RESPIRATORIA : 0 GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :** NORMAL

DIAGNOSTICOS  
CIE10: O140

PREECLAMPSIA MODERADA

O829

PARTO POR  
CESAREA, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNOSTICOS  
CIE10: O610

FRACASO DE LA INDUCCION MEDICA  
DEL TRABAJO DE PARTO

FIRMA :



EVOLUCION : FECHA EVOLUCION : 26/09/2019  
1171403 23:06:35

MEDICO : CAROLINA RENDON  
RESTREPO

REGISTRO : 910-  
08

CARGO : MEDICO  
GINECOBSTETRA -  
CIRUGIA

SERVICIO :  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO

EVOLUCIONES



**SUBJETIVO:** NOTA DE HOSPITALIZACION**OBJETIVO:**

PIEL:

CABEZA / MAXILOFACIAL:

CUELLO / TORAX:

CARDIO / PULMONAR:

ABDOMEN / ESPALDA:

GENITOURINARIO / RECTO:

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR:

NEUROLOGICO:

**ANALISIS PLAN:** PACIENTE DE 28 AÑOS DX. 1. POP CESAREA DEL 26/09/2019 HORA: 18.13, POR INDUCCION FALLIDA DE TRABAJO DE PARTO 2. HIPERTENSION GESTACIONAL 3. G1C1 4. PUERPERIO INMEDIATO \* PERFIL TOXEMICO DEL 05/09/2019: NEGATIVO \* PROTEINURIA EN ORINA AISLADA: 7 MG \* SEROLOGIA Y VIH: NEGATIVOS S / PACIENTE QUIEN REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS DE ECLAMPSIA, TOLERANDO LA VIA ORAL O / PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. PA: 130/78, FC: 72 LPM, FR: 16 RPM, AFEBRIL, CC: NORMAL CP: RSCSRs SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREGREGADOS ABDOMEN: NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, UTERO TONICO INFRAUMBILICAL, HERIDA QUIRURGICA SANA, SIN COLECCIONES, SIN DESHIDRATACIONES GU: LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, NO FETIDOS EXT: EDEMA G1 DE MSIS, PULSOS +/+/+, LLENADO CAPILAR 1 SEGUNDO AP / PACIENTE EN POP CESAREA, CON ADECUADA EVOLUCION, CIFRAS TENSIONALES NORMALES, SIN REQUERIMIENTO ANTIHIPERTENSIVO, SE INDICA INICIO DE TROMBOFILAXIS CON ENOXAPARINA 60 MG SC (COLOCAR EL 27/09/2019 6 AM), VIGILANCIA Estricta DE SV Y SANGRADO GENITAL

**SIGNOS****VITALES:** PULSO: 0

TA/SITOLICA: 0

TA/DIASTOLICA: 0 F/RESPIRATORIA: 0 GLASGOW: 0

**APOYO DIAGNOSTICO:**DIAGNOSTICOS  
CIE10: O16XHIPERTENSION MATERNA, NO  
ESPECIFICADADIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA:

EVOLUCION: 1171290  
FECHA EVOLUCION: 26/09/2019  
15:50:27

MEDICO: MARIA ADELAIDA VELEZ

REGISTRO:  
5067905CARGO: MEDICO  
GINECOBSTETRA  
CIRUGIASERVICIO:  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO

**SUBJETIVO:** ARO E: 28 DX: 1. G1P0 2. EMBARAZO DE 39.2 SS 3. HIPERTENSION GEATCIONAL 4. FUVVC 5. OBESIDAD MATERNA 6. CULTIVO POSITIVO SGB PTE REFEIRE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES, PERICBE MOV FETALES, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, NIEGA PREMONITORIOS, MONITORIA FETAL: 12+35 PM REACTIVA, SIN DINAMICA UTERINA, VARIABILIDAD ADECUADA.

**OBJETIVO:**

PIEL: NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL: NORMAL

CUELLO / TORAX: NORMAL

CARDIO / PULMONAR: NORMAL

ABDOMEN / ESPALDA: UTERO GRAVIDO, FCF: 146, MOV FETALES + NO SE PERCIBE DINAMICA UTERINA DURANTE EF

GENITOURINARIO / RECTO: TV: CUELLO BLANDO, CERRADO, POSTERIOR

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR: PULSOS +, NO EDEMAS, ROT: +/+/+

NEUROLOGICO: NORMAL

**ANALISIS PLAN:** PTE CON EMB A ATERMINO, SE CLASIFICO COMO HIPERTENSION GESTACIONAL, HA RECIBIDO 3 DOSIS DE MISOPROSTOL SIN CAMBIOS CERVICALES, NO DINAMICA UTERINA PRESENTE, CON CIFRAS EN METAS, SE CONSIDERA INDUCCION FALLIDA Y SE INDICA CESAREA POR FALLA EN LA INDUCCION MEDICA. SE LE EXPLICA Y ENTIENDE. ULTIMA INGESTA 11: 30 AM, SE FORMULA RANITIDINA Y METOCLOPRAMIDA DOSIS UNICA.

**SIGNOS****VITALES:** PULSO: 100

TA/SITOLICA: 120

TA/DIASTOLICA: 70 F/RESPIRATORIA: 18 GLASGOW: 15

**APOYO DIAGNOSTICO:** NORMALDIAGNOSTICOS  
CIE10: O140

PREECLAMPSIA MODERADA

O610

FRACASO DE LA  
INDUCCION MEDICA  
DEL TRABAJO DE  
PARTODIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA:

EVOLUCION: 1171142  
FECHA EVOLUCION: 26/09/2019  
12:01:47

MEDICO: MARIA ADELAIDA VELEZ

REGISTRO:  
5067905CARGO: MEDICO  
GINECOBSTETRA  
CIRUGIASERVICIO:  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO

**SUBJETIVO:** \*\*\*\*\*INGRESO ALTO RIESGO OBSTETRICO\*\*\*\*\* MILEXIS ANDREINA DIAZ EDAD: 28 AÑOS RH: B POSITIVO DIAGNOSTICOS: 1. G1P0 2. EMBARAZO 39.2SS POR ECO (28/02/19 9.3SS) 3. HIPERTENSION GESTACIONAL 4. OBESIDAD MATERNA TRATAMIENTO: -AMPICILINA 1000 MG C/8H 97 CONTROL PRENATAL (INICIO 11:455). TA NORMALES EN CONTROLES. INICIO DE G1. GANANCIA PESO: 8KG. ECOGRAFIAS.

\*28/02/2019: EG 9.3SS LCN 26.1mm. \*01/04/2019: EG 13.6SS, LCN 76mm, HUESO NASAL PRESENTE, SONOLUCENCIA NUCAL 0.7mm. \*05/06/2019: DETALLE ANATOMICO: EG 22.4SS, FUVVC, DI, PLACENTA POSTERIOR GI, ILA NORMAL, CRECIMIENTO EN PERCENTILES ACORDES, PFE 528GRS (P25-50). \*26/08/2019: EG 35SS, CRECIMIENTO EN P25-75, FUVVC, PLACENTA POSTERIOR GH, ILA NORMAL, PFE 2.404GRS(p25). PARACLINICOS: MARZO/2019: HB 12.3 HCTO 35.3 PLT 383.000. GLUCEMIA 84. ACS HB NEGATIVO. HEMOCLASIFICACION B(+). IgG TOXOPLASMA (+). IgM TOXOPLASMA (-). ACS TREPONEMA PALLIDUM NEGATIVO. UROCULTIVO NEGATIVO. VIH NEGATIVO. TSH 2.19. IgG RUBEOLA (+). IgM RUBEOLA NEGATIVO. JUNIO/2019: HB 1.4 HCTO 33.3 PLT 341.000. CTG 75GRS 80/135/129. ACS TREPONEMA PALLIDUM NEGATIVO. VIH NEGATIVO. AGOSTO/2019: CULTIVO RECTAL POSITIVO S.AGALACTIAE. CULTIVO VAGINAL NEGATIVO. HB 11.9 HCTO 35 PLT 329.000. ACS TREPONEMA PALLIDUM NEGATIVO. VIH NEGATIVO.

**OBJETIVO :**

PIEL :NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL :NORMAL

CUELLO / TORAX :NORMAL

CARDIO / PULMONAR :RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO AUSCULTO RUIDOS SOBREGREGADOS.

ABDOMEN / ESPALDA :UTERO GRAVIDO. AU 34CM. FUVVC. FCF 145 X MIN. NO ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES.

GENITOURINARIO / RECTO :TV: EUTERMICA, CUELLO INTERMEDIO, PERMEABLE UN DEDO. E-2. MB. INTEGRAS. NO SANGRADO. SE COLOCA MISOPROSTOL 50MCG 11+30hrs.

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :MOVILES. EDEMA GRADO I MIEMBROS INFERIORES, FOVEA (+) PULSOS DISTALES PRESENTES.

LLENADO CAPILAR &lt;2SEGS. NO SIGNOS TVP.

NEUROLOGICO :ORIENTADA TIEMPO,LUGAR Y PERSONA. NO FOCALIZACIONES. ROT ++/+++

**ANALISIS PLAN :** PACIENTE G1P0, EMBARAZO 39.3SS POR ECO TEMPRANA, ERROR DE AMENORREA. QUIEN INGRESA POR URGENCIAS CON CIFRAS TENSIONALES 134/81, ASOCIADO CON CEFALEA, FOSFENOS, TINNITUS Y EPIGASTRALGIA, DEJAN EN OBSERVACION PARA AFINAMIENTO DE PRESION ARTERIAL EL CUAL SE ENCONTRABA ALTERADO, SIN CIFRAS EN RANGO DE CRISIS (130/92-154/86-146/77-135/90) Y CON PERFIL DE DAÑO ENDOTELIAL NORMAL, Y SE CLASIFICA PACIENTE CON HIPERTENSION GESTACIONAL; QUEDA EN HOSPITALIZACION PARA FINALIZACION DEL EMBARAZO, CON BISHOP DESFAVORABLE RECIBE PRIMERA DOSIS DE MISOPROSTOL A LAS 22:00HRS Y 2DA DOSIS 06:30HRS, AHORA AL EXAMEN FISICO CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN MANEJO ANTIHIPERTENSIVO, SIN ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE, SIN PROGRESION DE CAMBIOS CERVICALES, MONITORIA FETAL REACTIVA (4 AM) POR LO CUAL SE COLOCA 3ERA DOSIS DE MISOPROSTOL 50MCG POR PERSISTENCIA DE BISHOP DESFAVORABLE A LAS 11:30HRS, SE REVALORARA NUEVAMENTE PACIENTE; SE CONSIDERA MONITORIA FETAL DE CONTROL, CONTINUA VIGILANCIA Estricta DE CIFRAS TENSIONALES, PREMONITORIOS Y DEL BIENESTAR MATERNO -FETAL. SE EXPLICA A PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**SIGNOS****VITALES :** PULSO :80

TA/SITOLICA : 141

TA/DIASTOLICA : 70 F/RESPIRATORIA : 18 GLASGOW : 15

**APOYO DIAGNOSTICO :** NORMALDIAGNOSTICOS  
CIE10: O13XHIPERTENSION GESTACIONAL  
(INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN  
PROTEINURIA SIGNIFICATIVADIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :

EVOLUCION : FECHA EVOLUCION : 26/09/2019  
1170970 09:00:05MEDICO : JORGE ELIECER VALENCIA R.  
REGISTRO : 02134-89CARGO : MEDICO  
GINECOBISTETRA -  
CIRUGIASERVICIO :  
SALA DE  
OBSTETRICIA**SUBJETIVO :** NOTA DE HOSPITALIZACION**OBJETIVO :**

PIEL :

CADEZA / MAXILOFACIAL :

CUELLO / TORAX :

CARDIO / PULMONAR :

ABDOMEN / ESPALDA :

GENITOURINARIO / RECTO :

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :

NEUROLOGICO :

**ANALISIS PLAN :** PACIENTE G1P0- EMBARAZO 40.1SEM CON HIPERTENSION GESTACIONAL EN INDUCCION CON MISOPROSTOL 111 TIMA DOSIS 6AM REFIERE CEFALEA LEVE PA 148/85 MM HG FC 80X MIN MONITORIA FETAL CATEGORIA I CX SE TRASLADA A ALTO RIESGO OBSTETRICO

**SIGNOS****VITALES :** PULSO :0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : 0 F/RESPIRATORIA : 0 GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :**DIAGNOSTICOS  
CIE10: O13XHIPERTENSION GESTACIONAL  
(INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN  
PROTEINURIA SIGNIFICATIVADIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :



EVOLUCION: 1170919 FECHA EVOLUCION: 26/09/2019 MEDICO: JORGE ELIECER VALENCIA R. REGISTRO: 02134-89 CARGO: MEDICO GINECOBISTETRA - CIRUGIA SERVICIO: SALA DE OBSTETRICIA

**SUBJETIVO:** NOTA DE EVOLUCION

**OBJETIVO:**

PIEL :NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL :NORMAL

CUELLO / TORAX :NORMAL

CARDIO / PULMONAR :NORMAL

ABDOMEN / ESPALDA :NORMAL

GENITOURINARIO / RECTO :NORMAL

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :NORMAL

NEUROLOGICO :NORMAL

**ANALISIS PLAN:** MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA DX: 1. EMBARAZO DE 38.3 SEMANAS 2. FETO UNICO VIVO CEFALICO 3. G1P0 4. HIPERTENSION GESTACIONAL 5. DIABETES GESTACIONAL PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NIEGA FOSFENOS, NIEGA TINITUS, REFIERE MOVIMIENTO FETALE, NIEGA SALIDA DE LIQUIDO TRANSVAGINAL. NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS, NIEGA CONTRACCIONES. ENCUENTRO PACEINTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA CON LOS SIGUIENTE SIGNOS VITALES: 140/78MMHG, FC:87 LPM, FR: 16 RPM, S02: 98% ESCLERA ANICTERICA, PUPILAS ISOCORICA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, SIN DOLOR, NO MASA, NO ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPIOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBRE AGREGADOS, ABDOMEN: NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SINGOS DE IRRITACION PERITONEAL. UTERO GRAVIDO, AU: 34 CM, FETO UNICO VIVO CEFALCIO, FCF: 140 LPM, SIN ACTIVIDAD UTERINA EL MOMENTO DE LA VALORACION GU: AL TV: CERVIX INTERMEDIO, LARGO, PERMEABLE A 1 DEDO, E: -2, MEMBRANAS INTEGRAS, SINSANGRADO, SIN AMNIOREXA EXT: EDEMA G1 DEMSIS, PULSOS ++/+++, ROT: ++/+++. SNC: SIN DEFICT NEUROLOGICO. AP / PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO HIPERTENSION GESTACIONAL, EN EL MOMENTO CON PA EN RANGO DE NO SEVERIDAD, SIN SINTOMAAS PREMONITORIOS DE ECLAMPSIA, EN INDUCCION DEL PARTO CON MISOPROSTOL CON 25 MCG, CON CIFRAS TENSIONALES LIMITROFES, SE INDICA NUEVA ADMINISTRACION DE MISOPROSTOL DE 25 MCG. CONTINUAR BAJO VIGILANCIA MATERNO FETAL, CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS, FCF Y ACTIVIDAD UTERINA.

**SIGNOS**

**VITALES:** PULSO :0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : 0 F/RESPIRATORIA : 0 GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO:** NORMAL

DIAGNOSTICOS O16X

CIE10:

HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS

CIE10:

FIRMA:

EVOLUCION: 1170911 FECHA EVOLUCION: 26/09/2019 MEDICO: DIEGO LEONARDO MONSALVE REGISTRO: 80041584 CARGO: MEDICO GINECOBISTETRA - CIRUGIA SERVICIO: SALA DE OBSTETRICIA

**SUBJETIVO:** NOTA DE EVOLUCION

**OBJETIVO:**

PIEL :NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL :NORMAL

CUELLO / TORAX :NORMAL

CARDIO / PULMONAR :NORMAL

ABDOMEN / ESPALDA :NORMAL

GENITOURINARIO / RECTO :NORMAL

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :NORMAL

NEUROLOGICO :NORMAL

**ANALISIS PLAN:** MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA DX: 1. EMBARAZO DE 38.3 SEMANAS 2. FETO UNICO VIVO CEFALICO 3. G1P0 4. THAE A CLASIFICAR 5. DIABETES GESTACIONAL PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, NIEGA FOSFENOS, NIEGA TINITUS, REFIERE ARDOR EN HEMIABDOMEN SUPERIOR, REFIERE MOVIMIENTO FETALE, NIEGA SALIDA DE LIQUIDO TRANSVAGINAL. NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS. ENCUENTRO PACEINTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA CON LOS SIGUIENTE SIGNOS VITALES: 146/77 MMHG, FC:85 LPM, FR: 18 RPM, S02: 98% ESCLERA ANICTERICA, PUPILAS ISOCORICA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, SIN DOLOR, NO MASA, NO ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPIOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBRE AGREGADOS, ABDOMEN: NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SINGOS DE IRRITACION PERITONEAL. UTERO GRAVIDO, AU: 34 CM, FETO UNICO VIVO CEFALCIO, FCF: 140 LPM, SIN ACTIVIDAD UTERINA EL MOMENTO DE LA VALORACION GU: AL TV: CERVIX INTERMEDIO, LARGO, PERMEABLE A 1 DEDO, E: -2, MEMBRANAS INTEGRAS, SINSANGRADO, SIN AMNIOREXA EXT: EDEMA G1 DEMSIS, PULSOS ++/+++, ROT: ++/+++. SNC: SIN DEFICT NEUROLOGICO. AP / PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO Y THAE A CLASIFICAR, EN EL MOMENTO CON PA EN RANGO DE NO SEVERIDAD, SIN SINTOMAAS PREMONITORIOS DE ECLAMPSIA, EN INDUCCION DEL PARTO CON MISOPROSTOL, CON VIH NEGATIVO, SEROLOGIA NEGATIVO, FUNCION HEPATICA DENTRO DE RANGO DE NORMALIDAD. LDH EN RANGO DE NORMALIDAD, CRATININA EN 0.49, CON PROTEINURIA DE 7.1 CON CIFRAS TENSIONALES LIMITROFES, CON EPIGASTRALGIA POR LO QUE SE ORDENA RANITIDINA. CONTINUAR BAJO VIGILANCIA MATERNO FETAL, CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 2 HORAS, FCF Y ACTIVIDAD UTERINA.

**SIGNOS**

**VITALES:** PULSO :0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : 0 F/RESPIRATORIA : 0 GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO:** NORMAL

DIAGNOSTICOS O16X

CIE10:

HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS

CIE10:

FIRMA :

EVOLUCION : 1170909 FECHA EVOLUCION : 26/09/2019 02:43:58 MEDICO : DIEGO LEONARDO MONSALVE

REGISTRO : 80041584

CARGO : MEDICO GINECOBISTETRA - CIRUGIA

SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA

**SUBJETIVO :** NOTA DE EVOLUCION**OBJETIVO :**

PIEL : NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL : NORMAL

CUELLO / TORAX : NORMAL

CARDIO / PULMONAR : NORMAL

ABDOMEN / ESPALDA : NORMAL

GENITOURINARIO / RECTO : NORMAL

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR : NORMAL

NEUROLOGICO : NORMAL

**ANALISIS PLAN :** MILEXIS ANDREA DIAZ EDAD: 18 AÑOS DIAGNOSTICO: - G1P0 - EMBARAZO DE 38.3 SS - INDUCCION DEL PARTO - DIABETES GESTACIONAL - HIPERTENSION ARTERIAL A ESTUDIO- DESCARTAR PRE-ECLAMPSIA REFIERE ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, NO AMNIOORREA, NO SANGRADO, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NO SINTOMAS PREMONITORIOS. REFIERE QUE TIEN CULTIVO RECTOVAGINAL POSITIVO. ENCUENTRO PACIENTE EN SALA DE TRABAJO DE PARTO TRANQUILA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALRERTA, ORIENTADA CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES: T/A: 130/80MMHG FC: 90 LPM FR: 71 T: 36.5 S02: 98% C/C: NORMOCEFALICO, PUPILAS ISOCORICA NORMOREACTIVAS, MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERA ANICTERICAS, CUELLO MOVIL SIMETRICO, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS CERVICALES. C/P: RUIDOS CARDIACO RITMICOS, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREGREGADOS, ABD: GRAVIDO, CON CONTRACCIONES REGULARES, CON ALTURA UTERINA DE 33 CM, FCF 140 LPM, CON ACTIVIDAD UTERINA DE 3X10X43, G/U: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, SIN SIGNO DE INFECCION, TV: D: 3 B:50% E: -1 MEMBRANAS INTEGRAS. SNC: SIN DEFICIT NEUROLOGICO. ANALISIS/PLAN: PACIENTE PRIMIGESTANTE, CON EDAD GESTACIONAL DE 38.3 SS, CON DILATACION DE 5, CON BORRAMIENTO DEL 50% CON ESTACION DE -2, ACTUALMENTE PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA. CONTINUAR VIGILANCIA MATERNO FEACL. CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 4 HORAS, FCF Y ACTIVIDAD UTERINA.

**SIGNOS VITALES :**

PULSO :0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : 0 F/RESPIRATORIA : 0 GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :** NORMAL

DIAGNOSTICOS 016X

CIE10:

DIAGNOSTICOS

CIE10:

HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA

FIRMA :

EVOLUCION : 1170880 FECHA EVOLUCION : 25/09/2019 23:12:34 MEDICO : DIEGO LEONARDO MONSALVE

REGISTRO : 80041584

CARGO : MEDICO GINECOBISTETRA - CIRUGIA

SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA

**SUBJETIVO :** NOTA DE EVOLUCION**OBJETIVO :**

PIEL : NORMAL

CABEZA / MAXILOFACIAL : NORMAL

CUELLO / TORAX : NORAL

CARDIO / PULMONAR : NORMAL

ABDOMEN / ESPALDA : NORAML

GENITOURINARIO / RECTO : NORAML

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR : NORAML

NEUROLOGICO : NOARMAL

**ANALISIS PLAN :** MILEXIS ANDREA DIAZ EDAD: 18 AÑOS DIAGNOSTICO: - G1P0 - EMBARAZO DE 38.3 SS - TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA - DIABETES GESTACIONAL - HIPERTENSION ARTERIAL A ESTUDIO- DESCARTAR PRE-ECLAMPSIA REFIERE ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, NO AMNIOORREA, NO SANGRADO, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NO SINTOMAS PREMONITORIOS. REFIERE QUE TIEN CULTIVO RECTOVAGINAL POSITIVO. ENCUENTRO PACIENTE EN SALA DE TRABAJO DE PARTO TRANQUILA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALRERTA, ORIENTADA CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES: T/A: FC: T: S02: C/C: NORMOCEFALICO, PUPILAS ISOCORICA NORMOREACTIVAS, MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERA ANICTERICAS, CUELLO MOVIL SIMETRICO, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS CERVICALES. C/P: RUIDOS CARDIACO RITMICOS, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREGREGADOS, ABD: GRAVIDO, CON CONTRACCIONES REGULARES, CON ALTURA UTERINA DE 33 CM, FCF 140 LPM, CON ACTIVIDAD UTERINA DE 3X10X43, G/U: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, SIN SIGNO DE INFECCION, TV: D: 3 B:50% E: -1 MEMBRANAS INTEGRAS. SNC: SIN DEFICIT NEUROLOGICO. ANALISIS/PLAN: PACIENTE PRIMIGESTANTE, CON EDAD GESTACIONAL DE 38.3 SS, CON REPORTE DE CULTIVO RECTOVAGINAL DEL 18 DE AGOSTO POSITIVO PARA S. AGALATIAE POR LO QUE SE INDICA ANTIBIOTICO TERAPIA CON AMPICILINA, ACTUALMENTE PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA. CONTINUAR VIGILANCIA MATERNO FEACL. CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 4 HORAS, FCF Y ACTIVIDAD UTERINA.

**SIGNOS VITALES :**

PULSO :90

TA/SITOLICA : 120

TA/DIASTOLICA : 80 F/RESPIRATORIA : 17 GLASGOW : 15

**APOYO DIAGNOSTICO :** NORMAL

DIAGNOSTICOS 016X

CIE10:

HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA



DIAGNOSTICOS  
CIE10:

FIRMA :



EVOLUCION : 1170696      FECHA EVOLUCION : 25/09/2019 15:54:55      MEDICO : CAROLINA RENDON RESTREPO

REGISTRO : 910-08

CARGO : MEDICO  
GINECOBISTETRA -  
CIRUGIA

SERVICIO :  
SALA DE  
OBSTETRICIA

**SUBJETIVO :** NOTA DE HOSPITALIZACION

**OBJETIVO :**

PIEL :

CABEZA / MAXILOFACIAL :

CUELLO / TORAX :

CARDIO / PULMONAR :

ABDOMEN / ESPALDA :

GENITOURINARIO / RECTO :

EXTREMIDADES / OSTEOARTICULAR :

NEUROLOGICO :

**ANALISIS PLAN :** PACIENTE DE 28 AÑOS DX: 1. EMBARAZO DE 38.3 SEMANAS 2. FETO UNICO VIVO CEFALICO 3. G1P0 4. THAE A CLASIFICAR 5. DIABETES GESTACIONAL \* MONITOREO FETAL ELECTRONICO DEL 25/09/2019 12:14 : REACTIVA \* CTGO : 80/135/129/75 ( NORMAL ) \* HC: B POSITIVO Y AGSHB : NEGATIVO \* ULTIMA ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL 26/08/2019 : FETO UNICO VIVO CEFALICO , PLACENTA POSTERIOR G II , ILA: 14.8 , PFE: 2.404 GR , EG: 35 SS S / PACIENTE QUIEN REFIERE SENTIRSE BIEN , MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES , NIEGA PERDIAS VAGINALES . AL MOMENTO DE LA VALORACION CON CEFALEA LEVE O / PACIENTE CON ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. PA.: 150/90 , FC: 78 LPM, FR: 16 RPM, AFEBRIL CC: NORMAL CP: NORMAL ABDOMEN : NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. UTERO GRAVIDO, AU: 34 CM, FETO UNICO VIVO CEFALICO, FCF: 145 LPM, SIN ACTIVIDAD UTERINA EL MOMENTO DE LA VALORACION GU: AL TV: CERVIX INTERMEDIO , LARGO , PERMEABLE A I DEDO , E: -2 , MEMBRANAS INTEGRAS, SINSANGRADO , SIN AMNIOREA EXT: EDEMA G I DEMSIS, PULSOS +++++ , ROT: +++++ AP / PACIENTE CON EMBARAZO A TERMINO Y THAE A CLASIFICAR , EN EL MOMENTO CON PA EN RANGO DE NO SEVERIDAD , SIN SINTOMAAS PREMONITORIOS DE ECLAMPSIA , SE HOSPITALIZA PARA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO , CON MISOPROSTOL Y TOMA DE PERFIL TOXEMICO Y VIGILANCIA Estricta de cifras tensionales y sintomas premonitorios de eclampsia

**SIGNOS**

**VITALES :**

PULSO : 0

TA/SITOLICA : 0

TA/DIASTOLICA : 0 F/RESPIRATORIA : 0 GLASGOW : 0

**APOYO DIAGNOSTICO :**

DIAGNOSTICOS

CIE10:

DIAGNOSTICOS

CIE10:

O16X

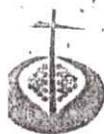
HIPERTENSION MATERNA, NO  
ESPECIFICADA

FIRMA :



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121768 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:42:08 DIGITALIZADO: GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896

HOSPITAL  
DE SAN JUAN DE DIOS

DEPARTAMENTO DE GINECOBISTETRICIA

## REPORTE DE AYUDAS DIAGNOSTICAS GINECOBISTETRICAS

FECHA: (AÑO/MES/DIA) 26 Sept-19  
HISTORIA CLINICA No. 1184896  
PACIENTE Milexis Diaz  
SERVICIO OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO REALIZADO	INDICAR	CODIGO
ECOGRAFIA OBSTETRICA		31100
ECOGRAFIA VAGINAL		31101
MONITORIA FETAL A.	X	37105
MONITORIA FETAL INTRA		37106

## DESCRIPCION DEL INFORME

FCV 130  
FCV 140  
auidans 6  
deaudans 110  
Cedipia 1

COD. 13499

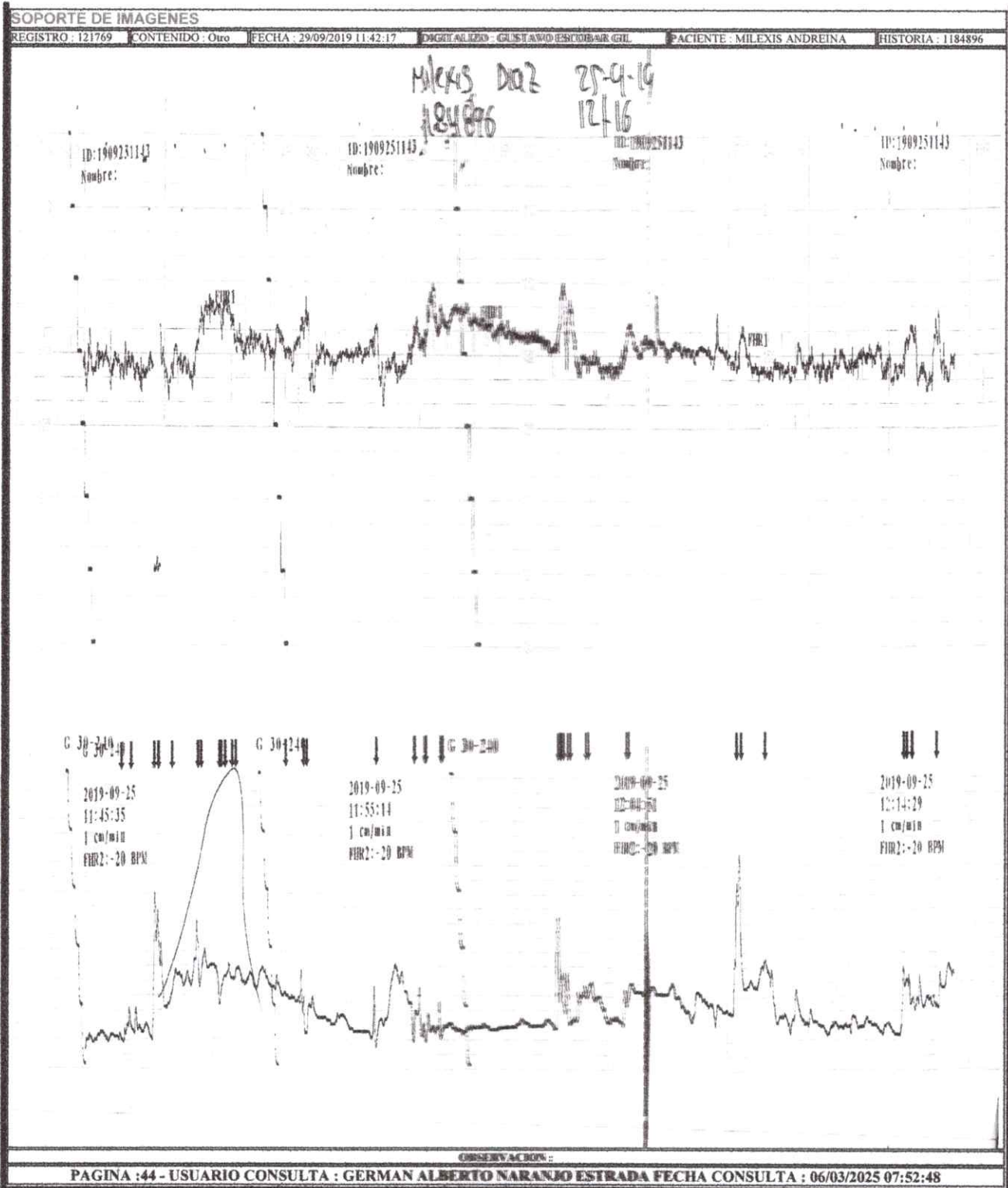
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE ELABORO EL INFORME

OBSERVACION:

PAGINA :43 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO





IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121766 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:41:30 DIGITALIZADO: GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896

HOSPITAL  
DE SAN JUAN DE DIOS

## DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA

## REPORTE DE AYUDAS DIAGNOSTICAS GINECOBSTETRICAS

FECHA: (AÑO/MES/DIA) 26-09-19  
HISTORIA CLINICA No. 1184896  
PACIENTE Milexis Diaz  
SERVICIO ADO

PROCEDIMIENTO REALIZADO	INDICAR	CODIGO
ECOGRAFIA OBSTETRICA		31100
ECOGRAFIA VAGINAL		31201
MONITORIA FETAL A.	A	37105
MONITORIA FETAL INTRA		37106

## DESCRIPCION DEL INFORME

26 / 9 / 19 . 12 : 35 pm .

- FCF: 150° - 160°
- Variabilidad conservada a corto y largo plazo
- Mov fetales (+).
- No desaceleraciones
- Dinamica irregular de baja intensidad

Reactiva

**Dra. María Adelaida Vélez G.**  
Ginecología y Obstetricia - Ecografía  
Lore - Buenos Aires  
RM 5067305 C.C. 29.127.981

QOD. 13469

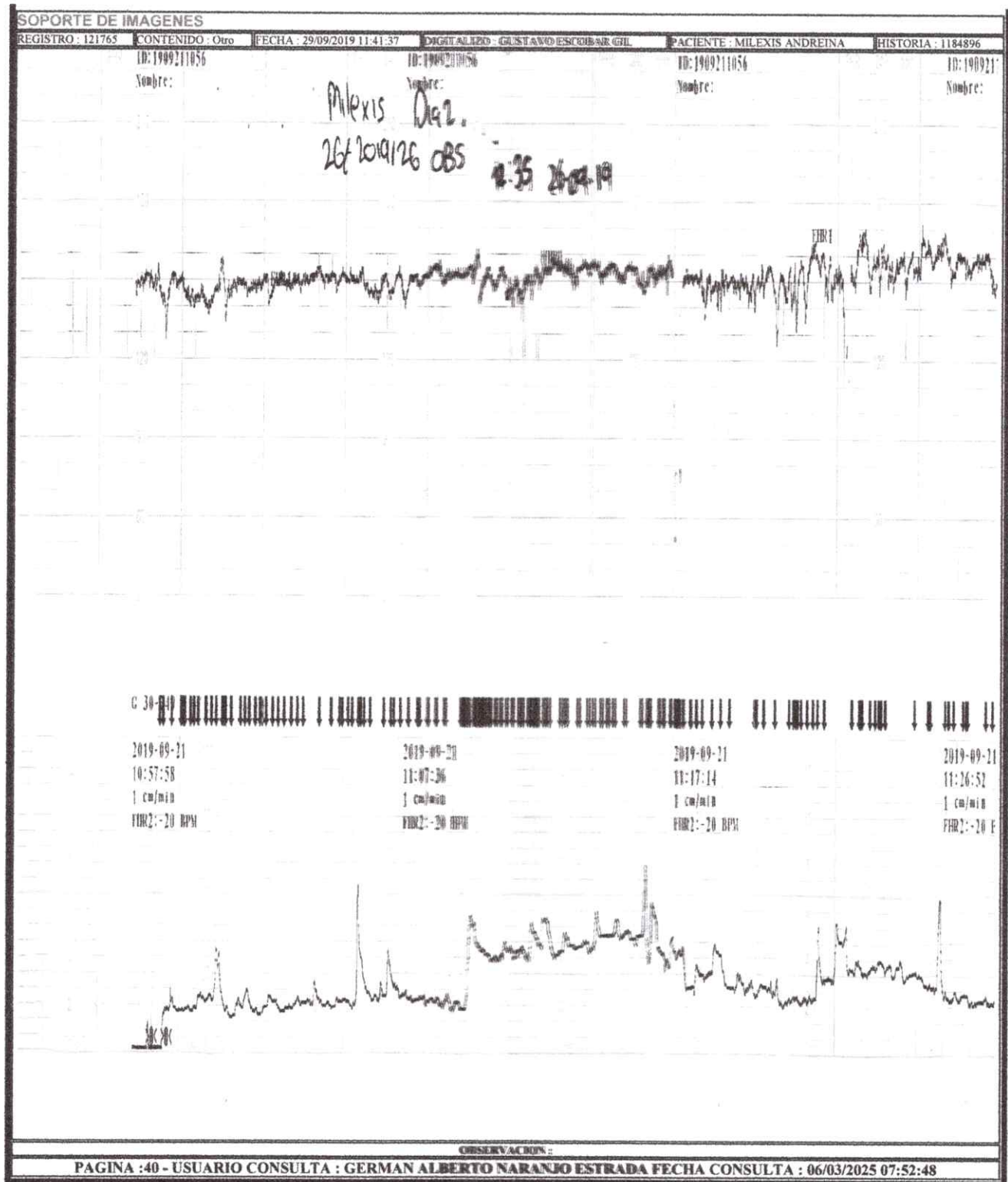
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE ELABORO EL INFORME

OBSERVACION:

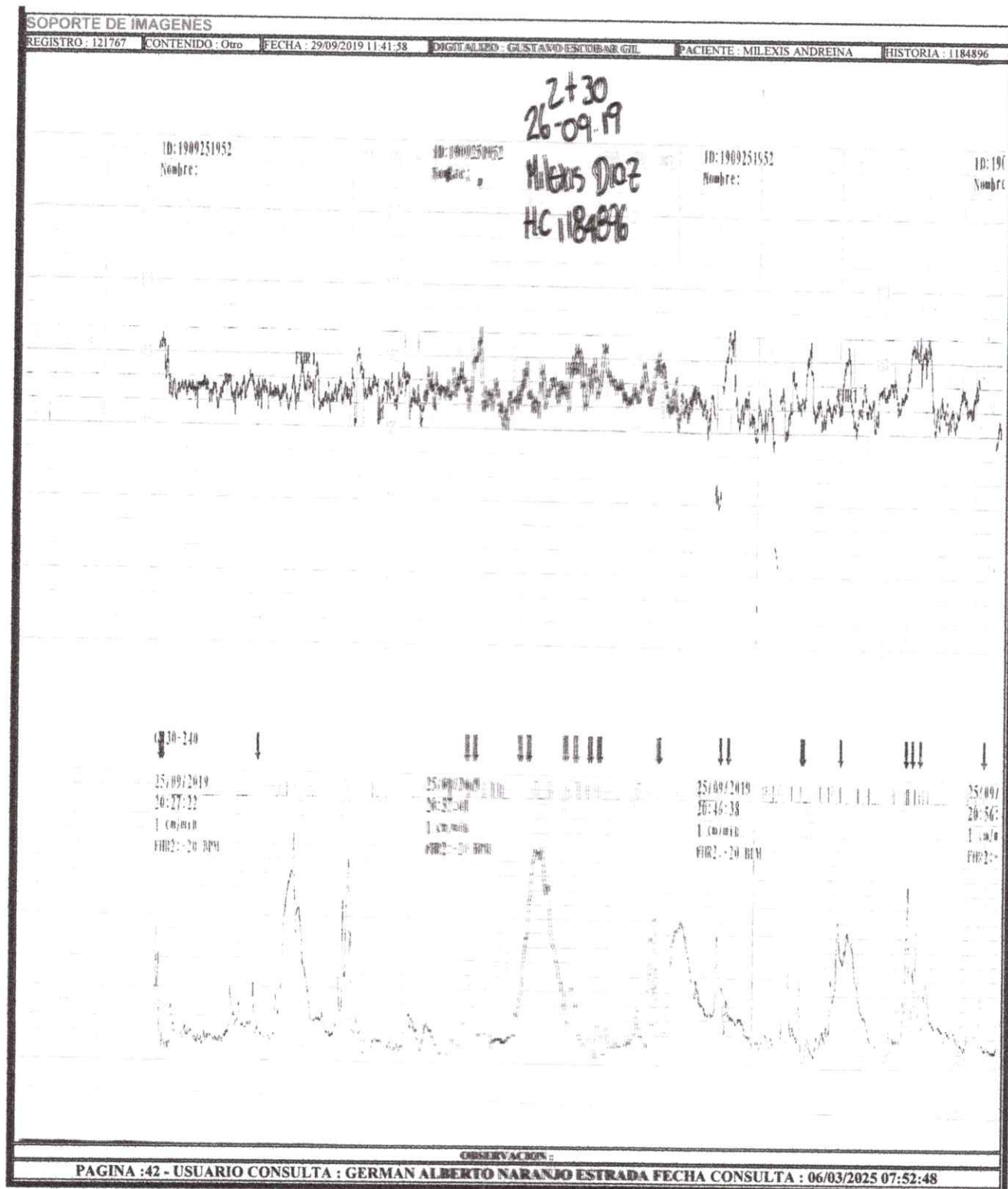
PAGINA :41 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO





IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



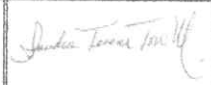








IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

## INFORME DE LABORATORIO CLÍNICO


COD. EXAMEN	EXAMEN	HISTORIA	DOCUMENTO	NOMBRE1	NOMBRE2	APELLIDO1	APELLIDO2
906250	VIH PRUEBA CONFIRMATORIA (PRUEBA RAPIDA)	1184896	827963824101991	MILEXIS		DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
001	RESULTADO	NEGATIVO. PRUEBA RAPIDA					
NRO. ORDEN:	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:15	FECHA_RESULTADO:	BACTERIOLOGO/PROFESIONAL: YHENSY LICETH ZULUAGA VALENCIA	REGISTRO:	IDENTIFICACION:		
906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA)	1184896	827963824101991	MILEXIS		DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
001	RESULTADO	NEGATIVO. PRUEBA RAPIDA					
NRO. ORDEN:	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:18	FECHA_RESULTADO:	BACTERIOLOGO/PROFESIONAL: YHENSY LICETH ZULUAGA VALENCIA	REGISTRO:	IDENTIFICACION:		
907106	PARCIAL DE ORINA INCLUIDO SEDIMENTO	1184896	827963824101991	MILEXIS		DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
005	PARCIAL DE ORINA						
010	ANALISIS FISICO*****						
015	COLOR	AMARILLO					
020	ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO					
025	ANALISIS QUIMICO*****						
035	PH	5.0					
040	DENSIDAD	1.020					
045	PROTEINAS	NEGATIVO	Negativo				
050	GLUCOSA	NORMAL	Negativo				
055	CETONAS	5mg/dl	Negativo				
060	BILIRRUBINAS	NEGATIVO	Negativo				
066	SANGRE	NEGATIVO	Negativo				
070	NITRITOS	NEGATIVO	Negativo				
075	UROBILINOGENO	NORMAL	Normal				
080	LEUCOCITOS	25/ul	Negativo				
085	MICROSCOPICO*****						
090	LEUCOCITOS	15-20 XC					
095	BACTERIAS	+					
096	CÉLULAS EPITELIALES	ESCASAS					
100	HEMATIES						
105	MOCO	+					
200	OTRO						
210	OBSERVACIONES						
NRO. ORDEN:	FECHA_RECIBIDO: 27/09/2019 06:15:28	FECHA_RESULTADO:	BACTERIOLOGO/PROFESIONAL: SANDRA TERESA TORO MUÑOZ	REGISTRO:	IDENTIFICACION:		
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA (TGP-ALT)	1184896	827963824101991	MILEXIS		DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
001	RESULTADO	6.6					
NRO. ORDEN:	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:24	FECHA_RESULTADO:	BACTERIOLOGO/PROFESIONAL: ANYI DANIELA GIRALDO BECERRA	REGISTRO:	IDENTIFICACION:		
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (TGO-AST)	1184896	827963824101991	MILEXIS		DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
001	RESULTADO	6.4					
NRO. ORDEN:	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:22	FECHA_RESULTADO:	BACTERIOLOGO/PROFESIONAL: ANYI DANIELA GIRALDO BECERRA	REGISTRO:	IDENTIFICACION:		
903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]	1184896	827963824101991	MILEXIS		DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
001	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL (LDH)	108	Mujeres 132-214		U/L		

010	OBSERVACIONES :		Hombres 135-225	U/L			
NRO. ORDEN: 4351813	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:27	FECHA_RESULTADO: 25/09/2019 22:31:21	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: ANVI DANIELA CARRASCO BECERRA	REGISTRO: 10735544425	IDENTIFICACION: 10735544425		
902210	CUADRO HEMATOCRITO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRA		1184896	827963824101991	MILEXIS	DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
201	WBC	10.46	4.5	10	10 <sup>3</sup> /uL		
202	RBC	4.08	3.8	5.8	10 <sup>6</sup> /uL		
203	HGB	12.40	11.0	16.5	g/dL		
204	HCT	37.00	35.0	50.0	%		
205	MCV	90.70	80.0	97.0	10 <sup>3</sup> /uL		
206	MCH	30.40	26.5	33.5	pg		
207	MCHC	33.50	31.5	35.0	g/dL		
208	PLT	301	150	390	10 <sup>3</sup> /uL		
209	RDW-SD	40.10	10.0	15.0	fL		
210	RDW-CV	12.40	10.0	15.0	%		
211	NEU#	11.50	6.5	15.0	10 <sup>3</sup> /uL		
212	NEU%	7.63	1.2	6.8	10 <sup>3</sup> /uL		
213	LYMPH#	2.02	1.2	3.2	10 <sup>3</sup> /uL		
214	MONO#	0.70	0.300	0.800	10 <sup>3</sup> /uL		
215	EOS#	0.09	0.100	0.500	10 <sup>3</sup> /uL		
216	BASO#	0.02	0.000	0.400	10 <sup>3</sup> /uL		
217	NEU%	72.94	43.0	76.0	%		
218	LYMPH%	19.34	17.0	48.0	%		
219	MONO%	6.74	4.00	10.0	%		
220	EOS%	0.94	1.00	7.00	%		
221	BASO%	0.24	1.00	6.00	%		
NRO. ORDEN: 4351837	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 12:03:30	FECHA_RESULTADO: 25/09/2019 12:47:25	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: CINDY CATALINA GUERRERO GALLO	REGISTRO: 767075	IDENTIFICACION: 1089001481		
002905	CREATININA EN SUERO ORDINA U OTROS		1184896	827963824101991	MILEXIS	DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
001	CREATININA	0.49	Hombre: 0.7	Hombre: 1.3	mg/dl		
025	OBSERVACIONES:		Mujer: 0.6	Mujer: 1.1			
NRO. ORDEN: 4351837	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 12:03:21	FECHA_RESULTADO: 25/09/2019 14:18:23	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: WILSON ABRAHAM ALVARADO	REGISTRO: 910293	IDENTIFICACION: 910293		
19821-01	PROTEINURIA		1184896	827963824101991	MILEXIS	DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
001	PROTEINURIA ESPONTANEA	7.1	0	hasta 30	mg/dl		
010	OBSERVACIONES:						
NRO. ORDEN: 4351837	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 12:04:51	FECHA_RESULTADO: 25/09/2019 14:26:23	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: WILSON ABRAHAM ALVARADO	REGISTRO: 910293	IDENTIFICACION: 910293		



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121773 CONTENIDO : Otro FECHA : 29/09/2019 11:42:54 DIGITALIZADO : GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896

 <b>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS</b> CALI - COLOMBIA	NOMBRE: <u>MILEXIS ANDREINA DEAZ RADA</u>	
	H.C.Nº <u>1184896</u>	Especialidad <u>OBSTETRICIA</u>
Dx Preoperatorio: <u>INDUCCIÓN FALLIDA</u>		
Cirugía propuesta: <u>CESÁREA</u>		
<b>EVALUACIÓN PREANESTÉSICA</b>		
SEXO: <u>3 (♀)</u> EDAD: <u>27</u> AÑOS PESO: <u>85</u> Kg FC: <u>72</u> TA: <u>120/82</u> FR: <u>22</u> mm-SPO2 <u>94</u> %		
CARDIOVASCULAR: HTA, E. CORONARIA, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, INS. VENOSA, TROMBOFLEB ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.		
<u>NEGATIVO</u>		
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INF. CRONICA, DISNEA, CIGARRILLO, TBC, OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS.		
<u>NEGATIVO</u>		
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD.		
<u>NEGATIVO</u>		
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTÓMAGO LLENO, ENF. ACIDOPÉPTICA, SANGRADO, HERNIA HIATAL, OBSTRUCCIÓN.		
<u>NEGATIVO</u>		
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURÉTICOS, DIÁLISIS.		
<u>NEGATIVO</u>		
NEUROLÓGICO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLAIN BARRE, HIPERTENSIÓN, GLASGOW.		
<u>NEGATIVO</u>		
MUSCULOESQUELÉTICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.		
<u>NEGATIVO</u>		
HEMATOLÓGICO: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIONES.		
<u>NEGATIVO</u>		
HEPÁTICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VÍAS BILIARES.		
<u>NEGATIVO</u>		
ALERGIAS: <u>NO CONOCIDAS</u>		
GINECO-OBSTÉTRICO: FUR, ANOVULATORIOS, EMBARAZO. <u>G.P.; EMBARAZO A TÉRMINO</u>		
DROGAS <u>NEGATIVO</u>		
ANESTESIAS PREVIAS: TÉCNICA, FECHA, COMPLICACIONES.		
<u>NEGATIVO</u>		
PREDICCIÓN DE INTUBACIÓN: <u>FÁCIL</u> OTROS: HIV, TESTIGO DE JEHOVA, ALCOHOLISMO, RAZA. <u>NEGATIVO</u>		
EXÁMENES DE LABORATORIO: HB: <u>11.9</u> g/dl HTO: <u>35</u> % Plaquetas: <u>329.000/mm³</u>		
PT:	PTT:	INR:
E.C.G.		
Creatinina: <u>0.2</u> mg/dl	Rx:	
ASA <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>	RESERVA:	
INDICE DE TRAUMA:	PLAN ANESTÉSICO: <u>REGIONAL</u>	PREMEDICACIÓN: <u>NO</u>
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de la naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de las pruebas diagnósticas anestésicas necesarias para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlas.		Fecha de evaluación: <u>26</u> <u>SEP</u> <u>2019</u>
		DIA MES AÑO
Puede programarse SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Firma y CC del Paciente		ANESTESIOLOGO <u>JORGE RODRIGUEZ MONROY</u> Firma y sello <u>RADADA/86247/86</u>

## OBSERVACIÓN:

PAGINA : 48 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMÁGENES

REGISTRO: 121772 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:42:45 DIGITALIZO: GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896

## REGISTRO DE ANESTESIA

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI - COLOMBIA		NOMBRE: <u>MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA</u>	
		HISTORIA CLINICA No <u>1184896</u>	
		Fecha: <u>26</u> <u>09</u> <u>2019</u>	
		Día Mes Año	
HORA	<u>17</u> <u>1/2</u> <u>18</u> <u>1/2</u> <u>19</u> <u>1/2</u> <u>20</u> <u>1/2</u>		
AGENTES	<u>1-BUPIVACAÍNA</u> <u>2 x CÁMERA NASAL</u>	<u>PACIENTE TOLERÓ EL PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES Y ES MASCUADADA A RE-OPERACIÓN</u>	
MONITORIA	N.M.T. B.I.S. CO <sub>2</sub> ET P.A.N.I. E.C.G. (D <sub>2</sub> ) SPO <sub>2</sub> (%)	<u>25-25-25-25-</u> <u>100-100-100-100-</u>	
TA X	38 200	<u>100</u> <u>90</u> <u>80</u>	
FC	36 180	<u>100</u> <u>90</u> <u>80</u>	
INDUCCIÓN	34 160	<u>100</u> <u>90</u> <u>80</u>	
X	32 140	<u>100</u> <u>90</u> <u>80</u>	
INCISION	30 120	<u>100</u> <u>90</u> <u>80</u>	
A	28 100	<u>100</u> <u>90</u> <u>80</u>	
TEMP.	80	<u>100</u> <u>90</u> <u>80</u>	
FETO	ESP. ASI. CONT. 20	<u>100</u> <u>90</u> <u>80</u>	
DROGAS		<u>1</u> <u>5</u>	
INFUSIONES			
SANGRADO			
DIURESIS			
POSICIÓN	<u>2.1.5.0</u> <u>10</u> <u>10</u> <u>1</u>		
1. L-BUPIVACAÍNA 15ml	CONDUCTIVA:	Líquidos administrados	Líquidos eliminados
2. OXITOCINA 20 UN	Peridural	L. Ringer 2000	cc Sangre ± 400 cc
3	Caudal	Solución salina	cc Orina ± 200 cc
4	Ráguidea	Catéteres	cc S.N.G. cc
5	Simple	Sangre	cc TOTAL ± 600 cc
6	GENERAL:		Estado al salir de S de O
7	Inducción R L Semi Selfick	TOTAL 2000	Consciente
8	Sistema Circ Unidir	<u>18:13</u> <u>3</u> <u>8</u> <u>8</u>	Semiconsciente
9	SA SC C	Pediatra Dr. S. CARRILLO	Profundo
10	Tubo No OT NT	Intensista VALENTINA	Extubado
11	Careta Mascaring No.	Circulante ABONAR	Intubado
12	OTRA:		Aldrete
Diagnóstico	<u>G.P.A.C.; R.N. Q</u>	Libro intraoperatorio - notas - complicaciones	
Operación	<u>CESÁREA</u>	MONITORIA T.A., E.C. NO INVASIVA; CARDIOSCOPIO (DA); PULSIDOMETRIA.	
Cirujanos	<u>Dr. María Adelaida Vélez</u>		
Anestesiólogos	<u>Jorge Rodríguez Montoya</u>		

OBSERVACION:

PAGINA :47- USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
NOTA OPERATORIA CIRUGIA GINECOLOGIA  
Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA - PBX :602-4892222

HISTORIA CLINICA

1184896

4

PE 827963824101991



PACIENTE	MILEXIS	ANDREINA	DIAZ	RADA	EDAD	28	SEXO	F
FECHA DE CIRUGIA	26/09/2019	FECHA	26/09/2019 18:54:58	ESPECIALIDA	CIRUGIA	TURNO	1184896	
TIPO DE PROCEDIMIENTO	Terapeutico	CLASE DE PROCEDIMIENTO	Hospitalario	HORA INICIO:	18:04			
HERIDA QUIRURGICA	Limpia	QUIROFANO	002	QUIROFANO DE OBSTETRICIA	HORA FINAL:	18:45		
CONDICION DEL PACIENTE		RESPONSABLE DEL PAGO:	COOSALUDSUBSIDIADO					
ESTABLE								
PIEZAS	NO							

RESUMEN CLINICO PARA ANALISIS DE	NO
DIAGNOSTICO PREVIO	O16X HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA
DIAGNOSTICO POSTERIOR	O16X HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA
COMPLICACION	...
TURNO MEDICO	
CIRUJANO	29127981 MARIA VELEZ
ANESTESIOLOGO	16628590 JORGE RODRIGUEZ
AYUDANTE	0 NO APLICA --
740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL
	12110 A=Igual Via

HALLAZGOS OPERATORIOS

RN FEMENINO DEPRIMIDO, CON APGAR 3/6/7, SE ENTREGA A PEDIATRA QUIEN INICIA REANIMACION Y POSTERIOR INTUBACION OROTRAQUEAL

PROCEDIMIENTO

ASEPSIA ANTISEPSIA  
INCISION TRANVERSAL  
DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD  
HISTEROTOMIA ARCIFORME SEGMENTARIA  
EXTRACCION DE FETO CEFALICO FEMENINO DEPRIMIDO CON LIQUIDO AMNIOTICO ABUNDANTE CON MECONIO CLARO  
DOBLE PINZAMIENTO CORTE DEL CORDON UMBILICAL  
SE ENTREGA RECEN NACIDO A PEDIATRIA  
ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO  
REVISION DE CAVIDAD UTERINA  
HISTERORRAFIA EN DOS PLANOS  
REVISION DE HEMOSTASIA  
CIENKE DE FASCIA CON VYCRIL Y HIEL CON PROLENE  
COMPRESAS COMPLETAS SE PASA A RECUPERACION

DILIGENCIO	CIRUJANO	29127981	MARIA VELEZ
MARIA ADELAIDA VELEZ	CARGO Y REGISTRO MEDICO	MEDICO GINECOSTETRA - CIRUGIA	
REGISTRO	82510	5067905	

*aporia a Velez 6*

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121774 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:43:04 DIGITALIZADO: GUSTAVO ENCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896

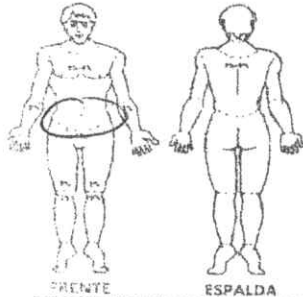


**HOJA DE ENFERMI**  
**ADMISION PRE - QUIRURGIA**  
 SEXO F ☒ M ☐

NOMBRE: Milexis Diana  
 C.C. 1184896 EDAD 28 A FECHA SEP-26-19

HORA DE INGRESO:

Intervención QX Cesarea  
 Señale Sitio Anatómico de la QX



Pruebas diagnósticas:

RX: 12-4  
 EKG: 1  
 TIPO SANGRE: B+  
 RESERVA SANGUINEA  
 SI ☐ NO ☒  
 CUANTAS UNIDADES?  
 Puntos: 1  
 Piquetas: 1  
 IT: 1  
 HT: 1  
 SUCUMIA: 1  
 ALFATININA: 1  
 ITES: 1

## SIGNOS VITALES

TA: 129/81  
 FC: 88 x'  
 FR: 16 x'  
 Temp: 36°C  
 PESO: 85 kg

Antecedentes patológicos:

Antecedentes: Niega  
 Alergias: Aspirina  
 Tratamiento actual: Niega

Preparación preoperatoria:

Enemas: 1  
 SNG: 1  
 S. Vesical: 1  
 Transfusión: 1  
 Plaquetas: 1  
 PPS: 1  
 Antibióticos: 1  
 C. Central: 1  
 C. periférico: 16  
 Rasurado (área): 1  
 Soluciones orales: 1  
 Profilaxis antibiótica: 1

Antisépsia de piel: Si  
 LEV: Si clase: SSNO. 94  
 Cantidad: 500 cc

Otros procedimientos: Niega  
Ranitidina 30mg 17 h  
Metoclopramida 10mg 17 h  
 Nombre Antibiótico: Cefpiclor 1g 16 h Hora: No aplica

	SI	NO		SI	NO
Intubación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prótesis retirada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angias Retiradas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparación de anestesia firmado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uñas Desplumadas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentimiento de procedimiento QX firmado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QX preparada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reserva sanguínea confirmada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
QX	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moción	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ropa Interior Retirada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

PERSONA QUE PREPARA: Yesenia P HORA EN QUE PASA AL QUIROFANO: 17:00 A.M. ☐ P.M. ☐

OBSERVACION:

PAGINA: 49 - USUARIO CONSULTA: GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA: 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
 DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121775 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:43:36 DIGITALIZADO: GUSTAVO ESTOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896



# HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

Esperanza de Vida y Modelo de Servicio

## HOJA DE EMFERMERIA POST-QUIRURGICA RECUPERACION

IA: 26/09/2019

EDO DE CONCIENCIA AL INICIO:

DESPIERTO ☒  
SOMNOLIENTO ☐  
OBNUBLADO ☐  
ESTUPOROSO ☐

DE INGRESO: 18.55

Liq. administrado	Vol.(cc)	Liq. eliminados	Vol.(cc)
S.W.O. 7		Sonda vesical	1000
		S.N.G	
		Drenajes	1
		Tubo tórax	
		total	

ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA PARAMETROS		HORA	total			total	PTE SALE	
	PUNTOS	5'	15'	30'				
EVE LAS 4 EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE (A SOLICITUD)	2							
EVE LAS 2 EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE (A SOLICITUD)	1	1	1	1		2		
PAZ DE MOVER LAS EXTREMIDADES	0							
AZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE Y TOSER	2							
NO O LIMITACION AL RESPIRAR	1	2	2	2		2		
LA	0							
20% DEL NIVEL PREANESTESICO	2							
20% - 49% DEL NIVEL PREANESTESICO	1	2	2	2		2		
50% - 50% DEL NIVEL PREANESTESICO	0							
PLETAMENTE DESPIERTO	2							
IERIA AL LLAMADO	1	2	2	2		2		
ESPONDE	0							
90% SIN O2	2							
90% CON O2	1	2	2	2		2		
90% AUN CON O2	0							
TOTAL			9	9	9	10		
MAREO: SI / NO			NO	NO	NO	NO		
EMESIS: SI / NO			NO	NO	NO	NO		
L								
M								
S								
CONCENTO	DOSIS	VIA	HORA	T.A.	T.A.M.	F.C.	SaO2	T
				138/80	128/62	121/60	148/37	
				86	78	85	68	
				87	87	91	68	
				95	95	96	95	

Paciente para poder salir de RECUPERACION debe de tener puntuación de 10 en la escala de aldrete

HORÁ DE EGRESO: / DESTINO: CASA: SALA: REMITIDO A:

Quien lo trasladó: J. C. D. - D. M. - B. - M.

OBSERVACION:

PAGINA :50 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121776 CONTENIDO : Otro FECHA : 29/09/2019 11:43:45 DIGITALIZADO : GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896



## PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

HC 7784896

## HOJA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA

HOSPITAL  
SAN JUAN DE DIOS

NOMBRE DEL PACIENTE

Milexis Andra del

IDENTIFICACION

8 279638241

FECHA

25/9/2019

ANTES DE LA ADMINISTRACION DE LA ANESTESIA ↓ ENTRADA	ANTES DE LA INCISION CUTANEA ↓ PAUSA	ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO ↓ SALIDA
<b>EL PACIENTE HA CONFIRMADO VERBALMENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>SU IDENTIDAD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>EL LUGAR DEL CUERPO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>NOMBRE DE CIRUGIA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>SU CONSENTIMIENTO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> </ul>	<b>EL EQUIPO QUIRURGICO SE IDENTIFICA</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>EL CIRUJANO, AYUDANTE E INSTRUMENTADOR CONFIRMAN VERBALMENTE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>LA IDENTIDAD DEL PACIENTE SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>EL LUGAR DEL CUERPO A INTERVENIR SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>TIPO DE INTERVENCION SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> </ul>	<b>EL CIRUJANO CONFIRMA VERBALMENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>NOMBRE DE INTERVENCION REALIZADA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>NOMBRE Y N° DE MUESTRAS A PATOLOGIAS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> </ul> <b>LA CIRCULANTE VERIFICA EMBALAJE SEGURO DE MUESTRAS A PATOLOGIA</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>MARCA EN EL LUGAR DEL CUERPO</b> SI <input type="checkbox"/> NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>	<b>EL CIRUJANO ANTICIPA CASOS CRITICOS</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>PASOS CRITICOS</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>DURACION DE LA INTERVENCION</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>PERDIDA SANGUINEA ESPERADA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	<b>EL INSTRUMENTADOR CONFIRMA VERBALMENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>RECuento de COMPRESAS, INSTRUMENTAL EN FORMA COMPLETA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>EQUIPOS DE ANESTESIA VERIFICADOS</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>PULSOXIMETRO COLOCADO Y FUNCIONANDO</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>MEDICAMENTOS ANESTESICOS VERIFICADOS</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>EL ANESTESIOLOGO REPASA SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUNA PECULIARIDAD QUE SUSCITE PREOCUPACION</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	<b>INSTRUMENTAL QUE REQUIERA ATENCION</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
<b>TIENE EL PACIENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ALERGIAS CONOCIDAS SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>CUALES <input type="text"/></li> <li>DIFICULTAD CON VIAS AREAS SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>RIESGO DE ASPIRACION SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>EL EQUIPO ESTA DISPONIBLE SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>RIESGO DE PERDIDA SANGRE &gt; 500ML SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>RESERVA DE <input type="text"/></li> <li>VIA DE ACCESO VENOSA ADECUADA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>LIQUIDOS E.V. NECESARIOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> </ul>	<b>EL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO CONFIRMA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>RESULTADOS DE INDICADORES SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>VERIFICA EQUIPOS REQUERIDOS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> </ul> <b>LA CIRCULANTE Y EL CIRUJANO VERIFICAN</b> <b>ADMINISTRACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS. NO APLICA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>ESTAN LAS IMAGENES DIAGNOSTICAS PREVIAS</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>FIRMA CIRUJANO</b> <input type="text"/> <b>FIRMA INSTRUMENTADOR</b> <input type="text"/>	<b>EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO, LA CIRCULANTE REPASAN INQUIETUDES CLAVES QUE SE REQUIERAN PARA LA RECUPERACION Y MANEJO DEL PACIENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ESTADO HEMODINAMICO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>ESTADO VIAS AEREAS Y L.E.V. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> <li>ESTADO DE HERIDA Y DRENAJES SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></li> </ul> <b>EL EQUIPO HUMANO VERIFICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA TRASLADAR PACIENTE A LA CAMILLA</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>EL EQUIPO HUMANO VERIFICA SEGURIDAD PARA TRASLADAR PACIENTE A RECUPERACION</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>FIRMA CIRCULANTE</b> <input type="text"/>



SOPORTE DE IMAGENES			
REGISTRO : 121793	CONTENIDO : Otro	FECHA : 29/09/2019 11:46:46	DIGITALIZADO : GUSTAVO ESCOBAR GIL
PACIENTE : MILEXIS ANDREINA		HISTORIA : 1184896	
<p>REGISTRO INDICADORES PRODUCTO ESTERIL</p>			
26-9-2019	NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 1184896	INTERVENIENTOS RESPONSABLE: Valentini VESA	
Milexis Andreea Diaz Rada	NOMBRE RESPONSABLE: Cesar		
<p>26 Sept / 2019 PAQ. GENERAL</p> <p>autott Mayolp</p>			
<p>1250 Type 4 121-134°C (250-273°F)</p> <p>Line turns as dark or darker than color match when processed</p> <p>3M</p>			
<p>Cesar</p> <p>sep 26 19 oct 21 19</p> <p>Analio</p>			
<p>REJECT ACCEPT</p>			
OBSERVACION :			
PAGINA : 64 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48			

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121777 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:43:53 DIGITALIZADO: GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896



## HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS - CALI

Fecha: 25-09-19

Paciente: Milexis Diaz

HISTORIA CLINICA 1184896

## CONTROL DE SIGNOS VITALES

	P/A	P/A MEDIA	FC	FR	SPO2	T°C	FIRMA
11:00	129/83		90	18	98%	36	Nanda
11:40	130/92		89	20	99%	36	Nanda
12:10	130/89		98	20	96%	36	Nanda
12:50	139/73		96	20	96%	36	Nanda
1:50	139/73		97	20	96%	36.5	Xiomel
2:50	154/86		71	22	98%	37.7	Xiomel
3:50	146/77		85	22	96%	37	Xiomel
4:50	138/80		89	22	99%	36	Xiomel
5:50	135/90		83	22	96%	37	Xiomel
6:50	138/80		88	22	97%	36.5	Xiomel
7:00	115/75		85	19	98%	36.2	Natalli

OBSERVACION:

PAGINA :52 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121778 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:44:03 DIGITALIZO: GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896



HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS - CALI

Cama 1

Fecha: 26-Sep-2019

Paciente: Milexis Dora

HISTORIA CLINICA 1184896

## CONTROL DE SIGNOS VITALES

	P/A	P/A MEDIA	FC	FR	SPO2	T°C	FIRMA
21:00	123/71	81	83x	19x	96%	36.3	Marcela
22:00	120/68	82	75x	19x	96%	36.4	Marcela
	122/76	80	81x	19x	97%	36.3	Marcela
00:00	130/74	82	90x	19x	97%	36.3	Marcela
1:00	127/80	84	74x	19x	96%	36.2	Marcela
2:00	134/72	86	85x	18x	96%	36.2	Marcela
3:00	127/68	81	81x	18x	96%	36.2	Marcela
4:00	131/70	84	73x	18x	96%	36.2	Marcela
5:00	129/75	84	67x	18x	96%	36.4	Marcela
6:00	130/71	82	72x	18x	97%	36.4	Marcela
8:00	120/69	84	76*	19*	95%	36.0	Marcela
9:00	111/63	73	70*	19*	96%	36.20	Marcela

OBSERVACION:

PAGINA: 53 - USUARIO CONSULTA: GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA: 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121779 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:44:11 DIGITALIZO: GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896



## HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS - CALI

Cama #4

Fecha: 26-Sep-2019.

Paciente: Milexis Diaz

HISTORIA CLINICA 1184896

## CONTROL DE SIGNOS VITALES

	P/A	P/A MEDIA	FC	FR	SP02	T°C	FIRMA
9:00	148/83		86	19	98%	36.4	Nathali
10:00	130/71		72	20	99%	36.2	Nathali
11:00	132/86	110	80x	19x	96%	36.3	Ursula
12:00	127/84	98	79x	16x	96%	36.2	Ursula
13:00	141/70	92	70x	19x	97%	36.3	Ursula
14:00	125/69	84	83x	20x	96%	36.3	Ursula
15:00	117/91	94	88x	20x	96%	36.3	Ursula
16:00	129/81	92	88x	16x	96%	36	Ursula
17:00	131/78	94	97x	20x	96%	36.3	Ursula
	Paciente en cesarea						

OBSERVACION:

PAGINA :54 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121784 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:45:28 DIGITALIZO: GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896



HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS - CALI

Cama #1

Fecha: SEP-27-2019

Paciente: Milexis Dias

HISTORIA CLINICA 1184896

## CONTROL DE SIGNOS VITALES

Hora	PIA	PIA MEDIA	FC	FR	SP02	T°C	FIRMA
2200	123/64	86	85x	16x	96%	36.2	Yesenia P
2300	126/71	83	70x	20x	96%	36	Yesenia P
0000	119/74	84	92x	16x	96%	36.2	Yesenia P
0100	100/50	75	96x	20x	96%	36	Yesenia P
0200	110/60	80	97x	16x	97%	36	Yesenia P
0300	107/66	75	70x	16x	93%	36.2	Yesenia P
0400	105/50	68	75x	16x	96%	36.2	Yesenia P
0500	110/64	81	86x	16x	98%	36.2*	Yesenia P
0600	135/74	86	80x	16x	96%	36.1	Yesenia P
0700	128/77	91	83	19	97%	36.2	Wathol
0800	122/79	82	84	19	97%	36.4	Wathol
0900							

OBSERVACION:

PAGINA :55- USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121785 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:45:38 DIGITALIZADO: GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896



## HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS - CALI

Comart #3

Fecha: 27-09-2019

Paciente: Nílexis Paz

HISTORIA CLINICA 1184896

## CONTROL DE SIGNOS VITALES

HORA	P/A	P/A MEDIA	FC	FR	SP02	T°C	FIRMA
10:00	Paciente en sala de R-Nacidos						Nálexis
11:00	Paciente en sala de R-Nacidos						Nálexis
12:00	121/72	83	89*	19*	98%	36.4°C	Nálexis
14:00	130/69	81	91*	19*	98%	36.9°C	Nálexis
15:00	Paciente en sala de R-Nacidos						Nálexis
16:00	Paciente en sala de R-Nacidos						Nálexis
17:00	120/77	91	90*	19*	98%	36.3°C	Nálexis
18:00	115/71	82	86*	19*	98%	36.1°C	Nálexis
19:00	129/77	91	90*	18*	97%	36.2	Yesenia P
20:00	126/83	95	83*	18*	96%	36.4	" "
21:00	122/79	93	86*	18*	96%	36	Yesenia P

OBSERVACION:

PAGINA :56 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO





## ENFERMERIA

Dot Miles

1er: APELLIDO	2do: APELLIDO	NOMBRE
---------------	---------------	--------

Fecha: 25-09-14

FECHA	HORA	FRECUENCIA	INTENSIDAD	DURACION	FETO CARDIA	OBSERVACIONES
25-9-A	15:54				142	Oru Rendón
25-9-19	21:15				145	Xiomel Monitor
26-9-19	21:30				138	Xiomel monitor
26-9-19	8:00				142x1	Nathali-Monitor
26-9-19	9:10	5in	Act	Uter	144x1	Nathali-Monitor
" "	10:40				136x1	Yesenia - now
26-9-19	11:00	5in	Act	Uter	158x1	" "
" "	12:00	"	"	"	150x1	" "
" "	13:40	5in	Act	Uter	141x1	Yesenia - now
" "	14:40				150x1	" "
" "	15:40	5in	Act	Uter	140x1	Yesenia - now
26-9-19	16:40	"	"	"	161x1	" "
" "	17:40				160x1	" "

COD. 2089


**OBSERVATION:**

PAGINA :46 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121787 CONTENIDO : Otro FECHA : 29/09/2019 11:45:55 DIGITALIZO : GUSTAVO ENCOBARGIL PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO</b>	CODIGO	CIR-R-009
		VERSION	1
		PAGINA	Página 1 de 2
		FECHA	09/07/2018

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO  
 OTORGADO POR EL ARTÍCULO 13 DE LA LEY 23 DE 1981 Y POR LOS DERECHOS DEL PACIENTE  
 Yo, Milexis Andreina Diaz Rada identifico (A) con la C.C. N° 8274638246191 De: Calí Por el presente autorizo a los médicos  
 anestesiólogos del Hospital de San Juan de Dios, para realizar el acto anestésico adecuado para el  
 procedimiento que se va a efectuar en mi persona o en \_\_\_\_\_ identificado con  
 documento de identidad: Tipo: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ quien es menor de edad \_\_\_\_\_ adulto  
 en incapacidad de tomar decisiones.

El o los Doctores Jorge Rodríguez Manroy me han explicado la  
 naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse en mí o en mi familiar, así como  
 los posibles efectos secundarios y complicaciones.

Por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología de la IPS  
 HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS a realizar el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente  
 intervención quirúrgica: ESÁREA

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en  
 lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica  
 anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese  
 necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí  
 durante el acto anestésico. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de  
 resultado con la anestesia seleccionada y se me ha explicado los posibles riesgos relacionados con  
 su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión  
 de labios y/o dientes, laringoespasma, bronco espasmo, neumonía, fúnico aspiración, efectos  
 colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertensión, alteraciones cognitivas y psicomotoras,  
 sueños recuados intraoperatorios, infarto, tromboembolismo, embolia cerebral, arritmias,  
 convulsiones, paro cardiorrespiratorio y muerte.

En la conducción por: del, por, tumor, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica,  
 cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y  
 agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorrespiratorio y muerte. Además,  
 se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural con bombas PCA la cual tiene los mismos  
 riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales: neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares,  
 dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorrespiratorio y  
 muerte.

## OBSERVACIONES:


PAGINA : 58 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
 DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121788 CONTENIDO : Otro FECHA : 29/09/2019 11:46:04 DIGITALIZADO : GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896

 <b>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS</b> <small>INSTITUCIÓN DE SALUD</small>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO</b>	<b>CODIGO</b>	CIR-R-008
		<b>VERSION</b>	1
		<b>PAGINA</b>	Página 2 de 2
		<b>FECHA</b>	09/07/2018

También se me ha explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoreo.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos adscrito a la IPS HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que, según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillos y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria mecánica (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

Milexis D.  
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE  
JORGE RODRIGUEZ MONTE  
ANESTESIOLOGO  
FIRMA DEL ANESTESIOLOGO

347/86  
REGISTRO PROFESIONAL

FIRMA DEL TESTIGO

26 - SP18no. - 2019  
FECHA


OBSERVACION :

PAGINA :59 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121789 CONTENIDO : Otro FECHA : 29/09/2019 11:46:13 DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896

 <b>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS</b> <small>UNIVERSIDAD DE CALI</small>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO</b>	CÓDIGO:	GIN-R-002
		VERSION:	1
		Página:	1 de 2
		FECHA:	2/05/2019

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO**  
(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

(Nombre completo de la paciente)

En forma voluntaria y sin ninguna presión, consiento en que el (la) doctor (a) \_\_\_\_\_ y el personal paramédico asignado, me realicen y controlen la INDUCCIÓN MEDICA DEL PARTO.

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en provocar la finalización del embarazo, por causas médicas u obstétricas, lo cual se puede realizar de diferentes formas, dependiendo de las características de cada caso, quedando a juicio del médico tanto su indicación como la elección del método empleado. Las formas más frecuentes de realizar esta inducción son:

1. Rotura de la bolsa amniótica.
2. Administración intracervical de gel de prostaglandinas o tabletas, que se utiliza para mejorar la maduración del cuello uterino.
3. Administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, que puede realizarse directamente o después de alguno de las anteriores.

Este procedimiento terminará con el nacimiento de un nuevo bebé. ESTA ATENCIÓN MEDICA NO GARANTIZA EL NACIMIENTO DE UN BEBE COMPLETAMENTE SANO; se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que por lo tanto no se puede garantizar resultados que no dependen exclusivamente del médico. El personal asignado debe colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.

He sido informada y entiendo que la inducción del parto es ampliamente utilizada y sus riesgos no son elevados, pero que como en cualquier procedimiento médico puede condicionar a complicaciones en la madre o en el feto, siendo las más importantes:

1. Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de las 24 horas de la rotura de la bolsa amniótica.
2. Aparición de sufrimiento fetal agudo, por disminución del aporte de oxígeno del feto durante las contracciones uterinas.
3. Fracaso de la inducción.
4. Ruptura uterina, complicación cuyo riesgo aumenta cuando se administra oxitocina o prostaglandina y que supone un grave riesgo para la vida de la madre y del feto.
5. Prolapso de cordón, complicaciones que pueden ocurrir tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.
6. Falta de contracción uterina después del parto o cesárea con hemorragia severa.

La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente a la realización de una cesárea abdominal para salvaguardar la vida de la madre o del niño y, en caso de ruptura uterina o falta de contracción. Uterina con hemorragia, será necesario la extracción de la matriz (histerectomía) quedando con una imposibilidad permanente de tener hijos (esterilidad).

## OBSERVACIÓN:


PAGINA : 60 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121790 CONTENIDO : Otro FECHA : 29/09/2019 11:46:22 DIGITALIZADO : GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO</b>		CÓDIGO:	GIN-R-002
			VERSIÓN:	1
			Página:	2 de 2
			FECHA:	27/09/2019

La posibilidad de complicaciones severas como histerectomía, pelvis-peritonitis, ruptura uterina, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Entiendo que si tengo la necesidad de cirugía se requerirá anestesia, cuya realización está a cargo del servicio de anestesia y sus riesgos serán valorados y considerados por el médico (a) anestesiólogo (a). Se me informa la necesidad de la presencia de un médico capacitado para la atención de mi recién nacido, quien ejercerá un acto médico independiente al cirujano obstetra.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Manifiesto que he entendido sobre las condiciones y objetivos de la atención que se me va a practicar, los cuidados que debo tener, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible intervención que conlleva el procedimiento médico-quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consentimiento que se me realice INDUCCIÓN MEDICA DEL PARTO y acepto SE REALICE CESÁREA en caso de complicaciones o si el equipo médico lo considera necesario.

A. Milexis  
FIRMA DEL PACIENTE:  
CC: 27968740991 Expedida en \_\_\_\_\_

Huella índice dere.

FIRMA EN CALIDAD DE:  
CC: \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_

Huella índice dere.

FIRMA DEL MEDICO  
CC: \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_  
Registro medico: \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_


## OBSERVACION:

PAGINA :61 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121791 CONTENIDO : Otro FECHA : 29/09/2019 11:46:30 DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESAREA</b>		CODIGO	GIN-R-001
			VERSION	1
			PAGINA	1 de 1
			FECHA	2/05/2019

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESAREA**  
(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

NOMBRE Milexis Andreina Díaz Rada CC 824963824101991

En forma voluntaria consiento en que el/la Dr. (a) \_\_\_\_\_ como cirujano (a) y el ayudante que el (ella) designe, me realicen operación CESAREA, por indicación médica.

Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en la extracción de mi hijo por una apertura quirúrgica en la pared anterior de mi abdomen y que su justificación es debida a que en las circunstancias actuales de mi embarazo consistentes en: \_\_\_\_\_ hacen presumir un mayor riesgo, para mí y/o para mi bebe, durante un parto vaginal.

Se me ha explicado que como todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, por lo que la medicina una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar, obtener el mejor resultado. Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se puede presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes de la cesárea como: infecciones (urinarias, uterinas, pélvicas, abdominales, de la herida, etc.) hipotensión (no contracción del útero), hemorragias con la posible necesidad de transfusión sanguínea intra o postoperatoria, seromas (acumulación de líquido en la herida), hematoma (moretones). Existen otras complicaciones de menor frecuencia que requieren otras cirugías inmediatas (histerectomía o laparotomía) o posteriores tales como: eventraciones (hernias) adherencias, dehiscencia de las suturas y otras. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvis perforada, ruptura uterina en los siguientes embarazos, trombosis o muerte que aunque son poco frecuentes representan, como en toda intervención quirúrgica, un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) Dr. (a) me ha explicado que presente los siguientes riesgos adicionales:

Entiendo que para esta cirugía, se necesita anestesia, cuya realización está a cargo del servicio de anestesia y sus riesgos serán valorados y considerados por el médico (a) anestesiólogo (a). Se me ha informado la necesidad de la presencia de un médico capacitado para la atención de mi recién nacido, quien ejercerá un acto médico dependiente al cirujano obstetra.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacciones. Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de la cirugía y acepto el alcance y los riesgos de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico, que aquí autorizo en tales condiciones consiento en que se me realice OPERACIÓN CESAREA.

Ciudad de: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Milexis D.  
Firma del paciente  
CC. N° 824963824101991

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar y/o asistente  
CC. N° \_\_\_\_\_

Maria Adelaida Vélez G.  
Firma del médico  
CC. N° 5067905  
R.M. 5067905 - C.C. 29.127.981

## OBSERVACION:


PAGINA : 62 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121792 CONTENIDO : Otro FECHA : 29/09/2019 11:46:38 DIGITALIZADO : GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE : MILEXIS ANDREINA HISTORIA : 1184896

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA ELISA PARA VIH</b>	CÓDIGO:	TRS-R-002
		VERSION:	1
		Página:	1 de 1
		FECHA:	2/05/2019

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA ELISA PARA VIH

Yo MILEXIS ANDREINA DÍAZ RODA identificando con la cédula de ciudadanía N° PP 827963824101991 de cali en calidad de paciente en pleno uso de mis facultades mentales, manifesté:

Que, he leído (o que me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene información, sobre el propósito de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos de la prueba.

Que, ha recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mi conocimiento, prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas).

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, de ella también recibí una asesoría POST-PRUEBA (procedimiento mediante el cual me entregaron mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea el examen.

Fui informado de las medidas que se tomaron para proteger la confidencialidad de mis resultados.

MILEXIS D.

Firma de la persona quien da el consentimiento

Nombre: MILEXIS

CC: 827963824101991

HC: 1184896 Tel: 312637753

Dirección: Cra 30 D #48-62 Jaramila Gomez

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: \_\_\_\_\_

CC o registro profesional: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: \_\_\_\_\_

CC o registro profesional: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nota: las consejerías y post-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesorías a las personas por tomar o estar influenciadas por el VIH o de desarrollar el SIDA.

## OBSERVACION:

PAGINA : 63 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO: 121786 CONTENIDO: Otro FECHA: 29/09/2019 11:45:47 DIGITALIZO: GUSTAVO ESCOBAR GIL PACIENTE: MILEXIS ANDREINA HISTORIA: 1184896

HOSPITAL  
SAN JUAN DE DIOS

RNA 1186127

## SERVICIO DE RECIEN NACIDOS

## HOJA DE ATENCION NEONATAL EN OBSTETRICIA

\* H.C. 1184896 FECHA Y HORA \_\_\_\_\_

\* NOMBRE DE LA MADRE Milexis Andrea Diaz Bada

\* REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Coosolid - Subsidado

\* ANTECEDENTES

EDAD 28 GESTACION G1P0C1 GRUPO: B RH + CPN 10 VDRL (-) 04 Jun 19

OTROS ANTECEDENTES VIIH (-) 13 Mayo 19, Toxoplasma IgG (+) IgM (-) 13 Mayo 19, CBV (-) 12 Agosto 19, Ag. Hb. no tiene

\* PARTO

HOSPITALARIO X ESPONTANEO \_\_\_\_\_ INDUCIDO \_\_\_\_\_

CESAREA X Induccion fallida de trabajo de parto

COMENTARIO \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA 26/09/19 18 + 13 ATENDIDO POR Pediatra

REANIMACION inmediata O<sub>2</sub> Si DROGAS No

\* AFGAR A: 1 MINUTO 2 5 MINUTOS 4 10 MINUTOS 6

\* EXAMEN FISICO INMEDIATO

EG. 40 SEXO F TALLA 50 PESO 3420 PC 34 COLOR Rosado

SRC. Estupor OJOS Pupilas Reactivas ORL Mucosas húmedas CP. MV disminuido

BD Blando, Depresible EXT Extendidos, hipotono, simétrico M/ESQUELETICO Normal

VO Y GENITALES Femenino normal MECONIO Si MICCION No

COMENTARIO Se recibe recién nacido deprimido, se realiza reanimación cardiopulmonar, no responde a estímulos, con pobre adaptación al ambiente, se realiza profilaxis umbilical con alcohol, oftálmica con gentamicina, se aplica vitK en muela 1, 3 y 5. Se toman medidas antropométricas, se pone medida de identificación, se traslada a UEN

\* DIAGNOSTICO

1. BNAT = 40 segundos CODIGO \_\_\_\_\_

2. PAEG = 3420 CODIGO \_\_\_\_\_

3. Sexo = Femenino CODIGO \_\_\_\_\_

4. Pobre adaptación al medio ambiente CODIGO \_\_\_\_\_

\* PLAN:

1. Hospitalizar UEN, nada via oral, Profilaxis oftálmica con Gentamicina, Profilaxis umbilical con alcohol

\* DESTINO: PUERPERIO \_\_\_\_\_ OBSERVACION \_\_\_\_\_ INGRESO A LA UNIDAD R/N \_\_\_\_\_

REMISION A: Smith Carrillo Bagues  
PEDIATRA  
C.P. 12701-00  
Universidad del Valle

PEDIATRA \_\_\_\_\_

OBSERVACION:

PAGINA :57- USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

## INFORMACION DEL PACIENTE

IDENTIFICACION	NOMBRE1	NOMBRE2	APELLIDO1	APELLIDO2	DIRECCION	TELEFONO	SEXO	NACIDO	EDAD
827963824101991	MILEXIS	ANDREINA	DIAZ	RADA	CRA 30B 48-62 LAUREANO GOMEZ	3126317753	F	24/10/1991	28

## NOTAS DE ENFERMERIA

NRO NOTA : 2500975      FECHA EVOLUCION : 25/09/2019 10:31:55      ASISTENCIAL : NAYDU NAVIA DUSSAN      REGISTRO : 67026097      CARGO : AUXILIAR ENFERMERIA      SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA      CAMA : 0

**NOTA :** 08+29 Ingresa paciente a sala de admisiones, deambulando por sus propios medios en compañía de familiar, conciente y orientada en tiempo lugar y persona, hemodinamicamente estable, tolerando oxígeno al ambiente, se realiza toma de signos vitales y se le explica a paciente que debe esperar llamado a consulta. 09+53 Paciente que es valorada por Dra cuero quien da Diagnostico de: G1P0 ruptura prematura de membrana+contracciones inadecuadas primarias, al examen físico se observa abdomen blando depresible, no doloroso, altura uterina de 34cm, dorso izquierdo, cefálico, al tv genitales normoconfigurados, cuello intermedio blando, permeable aun dedo, membranas integra, no salida de liquido, Dra decide solicitar paraclínicos, perfil toxémico, monitoria fetal y afinamiento por 2 horas cada media hora. 15+54 Paciente quien es revalorada por la Dra Rendon la cual ordena hospitalizar y preparar para trabajo de parto, al tacto vaginal se encuentra on cuello permeable 1 dedo, estacion de -2, membranas integra, se le explica a la paciente la conducta tomada por la ginecologa de turno paciente refiere entender y aceptar, se prepara la paciente se canaliza acceso venoso con cateter numero 16 dejando LEV permeables ssn al 0.9% 500cc para mantenimiento de vena, se toman paraclínicos ordenados pendiente reporte, posterior se traslada paciente a sala de trabajo de parto conciente caminando por sus propios medios se ubica en cama y se le entrega a auxiliar encargada.

DIAGNÓSTICOS CIE: O620      CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS      O429      RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS CIE:

NRO NOTA : 2501747      FECHA EVOLUCION : 25/09/2019 22:10:38      ASISTENCIAL : SANDRA MALDONADO GUTIERREZ      REGISTRO : 0      CARGO : AUXILIAR ENFERMERIA      SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA      CAMA : 0

**NOTA :** 21+00 INGRESA PACIENTE A SALA DE TRABAJO DE PARTO DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS PACIENTE ALRTA CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON DX G1P0 EG.38.3 RUPTURA DE LAS MEMBRANAS. SIN OTRAS ESPECIFICACION EN TRABAJO DE PARTO FASE LENTE. AL EXAMENFISICO SE ODSERVA PACIENTE RESPIRANDO A MEDIO AMBIENTE SIN NINGUNA DIFICULTAD APARENTE RECIBE Y TOLERA VIA ORAL (DIETA LIQUIDA) CANALIZADA CON ACCESO VENOSO PERMEABLE PASADO LEV SSN 0.9%500CC A MANTENIMIENTO PACIENTE ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES FCF.145 EN EL MOVIMIENTO CON ACTIVIDAD UTERINA DE BUEN INTENSIDAD CON ULTIMO TACTO VAGINAL 2 CM DORRAMIENTO . MEMBRANAS INTEGRAS AMBULATORIA LA CUAL ELIMINA ESPONTANEO EN BAÑO CONTINUO EN SALA BAJO ODSERVACION MEDICA Y CUIDADOS DE PERSONAL DE ENFERMERIA.

DIAGNÓSTICOS CIE: O620      CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS      O429      RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS CIE:

NRO NOTA : 2501976      FECHA EVOLUCION : 26/09/2019 05:25:52      ASISTENCIAL : SANDRA MALDONADO GUTIERREZ      REGISTRO : 0      CARGO : AUXILIAR ENFERMERIA      SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA      CAMA : 0702

**NOTA :** 07+00 entrego paciente a sala de trabajo de parto procedente de admisiones se ubica en cama con barandas de seguridad, paciente que se observa conciente y orientada en tiempo lugar y persona con un DX de G1P0EG:40ss se observa paciente sin dificultad respiratoria con mamas blandas poco secretantes, tolerando via oral dieta liquida, se toman signos vitales ALTAS se observa con acceso venoso permeable pasando SSN 0.9% 500CC a mantenimiento mas buretrol para paso de tratamiento farmacologico, con abdomen globoso por utero gravido, percibe movimientos fetales FCF 145XLPM al ultimo TV: DILATACION:4cm BORRAMIENTO:50% E:-2 MEMBRANAS INTEGRAS, sin sangrado ni perdida vaginal, continua en vigilancia y control de FCF, A.U. SE LE INICIO MISOPROSTOL 1 TAB 22+30 INTRA VAGINAL. SE LE INICIO MISOPROSTOL 1 TAB 06+30 INTRA VAGINAL. 26.09.19

DIAGNÓSTICOS CIE: O620      CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS      O429      RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS CIE:

NRO NOTA : 2502233      FECHA EVOLUCION : 26/09/2019 08:03:19      ASISTENCIAL : NATHALI GALINDO REALPE      REGISTRO : 0      CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA      SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA      CAMA : 0702

**NOTA :** 07+00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE TRABAJO DE PARTO DESPIERTA Y ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON SIGNOS EN SUS PARAMETROS NORMALES CON DX G1P0 EG 40 SS SE OBSERVA CON ACCESO VENOSO PERMEABLE PASANDO SSN 0.9% 500CC A MTO CON ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO PERCIBIENDO MOVIMIENTOS FETALES POR LA MATERNA CON FCF DE 142 LPM CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR AL TV CUELLO LARGO BLANDO CERRADO SIN PERDIDA VAGINALES SE LE ADMISNITRO 25 CMG DE MISOPROSTOL SEGUNDA DOSIS A LAS 6+00 PENDIENTE REVALORAR.

DIAGNÓSTICOS CIE: O620      CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS      O429      RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS CIE:

NRO NOTA : 2502378      FECHA EVOLUCION : 26/09/2019 10:11:25      ASISTENCIAL : SANDRA YESENIA DUQUE PULGARIN      REGISTRO : 229227      CARGO : PSICOLOGA      SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA      CAMA : 0702

**NOTA :** 10+00 INGRESA PACIENTE A UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO, EN COMPAÑIA DE AUX DE ENFERMERIA, EN SILLA DE RUEDAS, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA. CON UN DX DE G1 P0 EG:40SS MAS TRASTORNO HIPERTENSIVO. INGRESA CON SIGNOS VITALES TA:132/86 PAM:110 FC:80XMIN FR:19XMIN SPO2:96% T:36.3°C, CON LEV PERMEABLES CON SSN 0.9% 500CC A 80CC/H POR BOMBA DE INFUSION, RECIBIENDO Y TOLERANDO DOSIS DE MEDICAMENTOS, CON MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, CON UNA FCF:136LXMIN, SIN



## DOCUMENTO DIGITALIZADO

ACTIVIDAD UTERINA, AL TV LO OMITEN YA QUE TIENE MADURACION CERVICAL DE LAS 6+00AM, SIN PERDIDAS DE LIQUIDO POR VAGINA, NO SANGRADO VAGINAL, ELIMINANDO ESPONTANEO EN BAÑO, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, PACIENTE CONTINUA EN VIGILANCIA.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2502466  
FECHA  
EVOLUCION :  
26/09/2019 11:49:27

ASISTENCIAL : SANDRA  
YESENIA DUQUE PULGARIN

REGISTRO :  
229227

CARGO : PSICOLOGA

SERVICIO :  
SALA ALTO CAMA :  
RIESGO 9701  
OBSTETRICO

**NOTA** : 11:30 LE COLOCAN NUEVA DOSIS DE MADURACION CERVICAL 50 MCG VAGINAL.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2503270  
FECHA  
EVOLUCION :  
27/09/2019 00:20:26

ASISTENCIAL : YURI  
MARCELA SIERRA HERRERA O

REGISTRO :

CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA

SERVICIO :  
SALA ALTO CAMA :  
RIESGO 9701  
OBSTETRICO

**NOTA** : 21:00 INGRESA PACIENTE EN CAMILLA A SALA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE CIRUGIA A SALA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES DE 500 CC SOLUCION SALINA 0.9% PASANDO A 80 CC HORA POR EQUIPO DE INFUSION DX POST CESAREA DE 26/ SEPTIEMBRE/2019 MAS TRANSITORIO HIPERTENSIVO, OBESIDAD MATERNA PACIENTE QUE AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA CALMADA Y TRANQUILA MAMAS BLANDAS SECRETANTES INVOLUCION UTERINA POSITIVA DOS DEDOS POR DE BAJO DEL OMbligo CON HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITO Y ESPADADRAPO Sonda VESICAL A LIBRE DRENAJE DE ORINA CLARA SANGRADO VAGINAL MODERADO RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES RECIENTE NACIDO EN NIDOS

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2502731  
FECHA  
EVOLUCION :  
26/09/2019 16:19:46

ASISTENCIAL : SANDRA  
YESENIA DUQUE PULGARIN

REGISTRO :  
229227

CARGO : PSICOLOGA

SERVICIO :  
SALA ALTO CAMA :  
RIESGO 9701  
OBSTETRICO

**NOTA** : PACIENTE QUE ES PROGRAMADA PARA CESAREA POR INDUCCION FALLIDA, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y AL FAMILIAR LOS CUALES REFIEREN ENTENDER, SE HACE FIRMAR CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA Y CESAREA.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2502818  
FECHA  
EVOLUCION :  
26/09/2019 17:48:10

ASISTENCIAL : SANDRA  
YESENIA DUQUE PULGARIN

REGISTRO :  
229227

CARGO : PSICOLOGA

SERVICIO :  
SALA ALTO CAMA :  
RIESGO 9701  
OBSTETRICO

**NOTA** : 17+40 SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE CIRUGIA EN CAMILLA ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, SE ENCUENTRA A ENFERMERA DEL SERVICIO.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2502991  
FECHA  
EVOLUCION :  
26/09/2019 19:12:00

ASISTENCIAL : CLAUDIA  
NATALIA AGUDELO BALLEO

REGISTRO :  
229227

CARGO : AUX ENFERMERIA  
CIRCULANTE

SERVICIO :  
SALA ALTO CAMA :  
RIESGO 9701  
OBSTETRICO

**NOTA** : 18+55 INGRESA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION CIRURGIA EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA EN COMPAÑIA DE ANESTESIOLOGO Y CIRUJANTE DE UN POP DE CESAREA SEGMENTARIA BAJO LOS EFECTOS DE ANESTESIA RAQUIDEA, SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITO + ESPADADRAPO, CON ACCESO VENOSO EN MSI PASANDO LEV SSN 0.9% 500 CC, CON Sonda VESICAL CONECTADA A CYSTOFLO ELIMINANDO 10 CC SE MONITOREAN SIGNOS VITALES DE TA 138/70 TAM 86 FC 87 SPO2 95%, PENDIENTE RECUPERACION DE SU ANESTESIA, PENDIENTE TRASLADO A SALA DE PARTOS.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2503114  
FECHA  
EVOLUCION :  
26/09/2019 21:21:16

ASISTENCIAL : MONICA  
MARIA MUÑOZ ORTIZ

REGISTRO :  
229227

CARGO : AUX ENFERMERIA  
CIRCULANTE

SERVICIO :  
SALA ALTO CAMA :  
RIESGO 9701  
OBSTETRICO

**NOTA** : 19:30 DECUBO PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION EN CAMILLA, CONSCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA.



## DOCUMENTO DIGITALIZADO

BAJO EFECTOS DE ANESTESIA RAQUIDEA, POS QUIRURGICOP DE CESAREA CON HERIDA LIMPIA Y SECA COPN LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, CON SANGRADO VAGINAL MODERADO, UTERO INFRAUMBILICAL, TA 140/70 MEDIA 64 FC 68X SAT 95%. CON SONTA VESICAL A DRENAJE, ELIMINA 400CC DE ORINA AMARILLA CLARA. EL CUALS E TRASLADA A SALA DE ARO EN CAMILLA, RECUPERADA DE ANESTESIA CON TA 147/77 MEDIA 67 FC 68X SAT 95%, SANGRADO VAGINAL MODERADO,

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2503498  
FECHA  
EVOLUCION :  
27/09/2019 06:30:56

ASISTENCIAL : YURI  
MARCELA SIERRA HERRERA

REGISTRO :  
1130607480  
CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA

SERVICIO :  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO  
CAMA :  
9701

**NOTA :** 6:50 ENTREGO PACIENTE EN CAMA EN SALA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE CIRUGIA A SALA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES DE 500 CC SOLUCION SALINA 0.9% PASANDO A 80 CC HORA POR EQUIPO DE BOMBA DE INFUSION DX POST CESAREA DE 26/ SEPTIEMBRE/2019 MAS TRASTORNO HIPERTENSIVO, OBESIDAD MATERNA PACIENTE QUE PASA LA NOCHE CALMADA Y TRANQUILA MAMAS BLANDAS SECRETANTES INVOLUCION UTERINA POSITIVA DOS DEDOS POR DE BAJO DEL OMBLIGO CON HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITO Y ESPADADRAPO SANGRADO VAGINAL MODERADO TOLERA VIA ORAL Y ELIMINA ESPONTANEO EN PATO RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES RECIEF NACIDO EN NIDOS

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2503612  
FECHA  
EVOLUCION :  
27/09/2019 07:54:23

ASISTENCIAL : MAIRA  
ALEJANDRA TICORA

REGISTRO :  
1130607480  
CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA

SERVICIO :  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO  
CAMA :  
9701

**NOTA :** 7+00 Recibo paciente en sala de Alto Riesgo Obstetrico en cama 1 acostada, alerta consciente orientada en tiempo lugar y persona hemodinamicamente estable, con Diagnostico: Post Cesarea del dia 26-09-2019 a las 18+13 realizada por la Dra Velez mas un Trastorno Hipertensivo y Obesidad Materna, recién nacido hospitalizado en unidad por Asfíxia Perinatal. Paciente afebril, respirando a medio ambiente sin dificultad aparente spO2 95%, recibe y tolera via oral dieta comun y el tratamiento farmacologico ordenado, con acceso venoso permeable pasando goteo ssn 0.9% 500cc a 80cc/hora por bomba de infusion, mamas blandas secretantes, abdomen blando depresible con leve dolor a la palpacion involucion uterina positiva herida quirurgica limpia y sin signos de infeccion, sangrado vaginal escaso, elimina espontaneo en pato, refiere sentirse en buenas condiciones generales, hasta el momento sin presentar ni referir ningun cambio aparente, continua bajo observacion medica, quedando pendiente deambulacion con signos vitales T/A: 120/68 M:64 FC: 76\* FR: 18\* T: 36.0

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2504000  
FECHA  
EVOLUCION :  
27/09/2019 14:56:10

ASISTENCIAL : ANA  
PATRICIA CASTRO REYES

REGISTRO :  
66813070  
CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA

SERVICIO :  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO  
CAMA :  
9701

**NOTA :** SE VACUNA RECIEN NACIDO CON DOSIS BCG Y HEPATITIS B, SE LE DA EDUCACION A LA MADRE , SE LE DEJA CARNET PARA QUE CONTINUE ESQUEMA DE VACUNACION Y DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIVEL 1, SE LE DEJA CARNET EN HISTORIA CLINICA

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2504291  
FECHA  
EVOLUCION :  
27/09/2019 18:28:30

ASISTENCIAL : MAIRA  
ALEJANDRA TICORA

REGISTRO :  
1130607480  
CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA

SERVICIO :  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO  
CAMA :  
9701

**NOTA :** 18+50 Entrego paciente en sala de Alto Riesgo Obstetrico en cama 1 acostada, alerta consciente orientada en tiempo lugar y persona hemodinamicamente estable, con Diagnostico: Post Cesarea del dia 26-09-2019 a las 18+13 realizada por la Dra Velez mas un Trastorno Hipertensivo y Obesidad Materna, recién nacido hospitalizado en unidad por Asfíxia Perinatal. Paciente afebril, respirando a medio ambiente sin dificultad aparente spO2 95%, recibe y tolera via oral dieta comun y el tratamiento farmacologico ordenado, con acceso venoso permeable pasando goteo ssn 0.9% 500cc a 80cc/hora por bomba de infusion, mamas blandas secretantes, abdomen blando depresible con leve dolor a la palpacion involucion uterina positiva herida quirurgica limpia y sin signos de infeccion, sangrado vaginal escaso, ambulatoria la cual elimina espontaneo en baño, refiere sentirse en buenas condiciones generales, hasta el momento sin presentar ni referir ningun cambio aparente, continua bajo observacion medica, queda en compañía de auxiliar de turno con signos vitales T/A: 115/71, M: 82, FC: 86\*, FR: 19\*, T: 36.1.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2504368  
FECHA  
EVOLUCION :  
27/09/2019 19:20:54

ASISTENCIAL : SANDRA  
YESENIA DUQUE PULGARIN

REGISTRO :  
229227  
CARGO : PSICOLOGA

SERVICIO :  
SALA ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO  
CAMA :  
9701

**NOTA :** 19+00 RECIBO PACIENTE EN UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO, EN CAMA, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON UN DX DE POST CESAREA DEL DIA 26 DE SEPTIEMBRE A LAS 18+13 MAS TRASTORNO HIPERTENSIVO MAS ABESIDAD MATERNA, LA RECIBO CON SIGNOS VITALES TA: 129/77 PAM: 91 FC: 90XMIN FR: 18XMIN SPO2: 97% T: 36.2°C, CON LEV TERMEABLES CON SSN 0.9% 500CC A 80CC/H FOR

BOMBA DE INFUSION, RECIBIENDO Y TOLERANDO DOSIS DE MEDICAMENTOS, CON MAMAS BLANDAS Y SECRETANTES, CON INVULSION UTERINA POSITIVA, CON HERIDA QUIRURGICA DESCUBIERTA NO SE OBSERVA SIGNOS DE INFECCION O IRRITACION, CON POCO SANGRADO VAGINAL, ELIMINANDO ESPONTANEO EN BAÑO, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, EL RECIEN NACIDO SE ENCUENTRA EN NIDOS POR ASFIXIA PERINATAL.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2504504

FECHA  
EVOLUCION :  
28/09/2019 00:20:37

ASISTENCIAL : SANDRA  
YESENIA DUQUE PULGARIN

REGISTRO :  
220227

CARGO : PSICOLOGA

SERVICIO :

SALA ALTO CAMA :  
RIESGO 9701  
OBSTETRICO

**NOTA :** PACIENTE QUE PASA ESTABLE EN EL TRASCURSO DEL TURNO, RECIBE Y TOLERA DOSIS DE MEDICAMENTOS, DUERME INTERVALOS CORTOS, SE CONTINUA VIGILANCIA DE CIFRAS TENSIONALES.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2504806

FECHA  
EVOLUCION :  
28/09/2019 06:18:36

ASISTENCIAL : SANDRA  
YESENIA DUQUE PULGARIN

REGISTRO :  
229227

CARGO : PSICOLOGA

SERVICIO :

SALA ALTO CAMA :  
RIESGO 9701  
OBSTETRICO

**NOTA :** 7+00 ENTREGO PACIENTE EN UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO, EN CAMA, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON UN DX DE POST CESAREA DEL DIA 26 DE SEPTIEMBRE A LAS 18+13 MAS TRASTORNO HIPERTENSIVO MAS ABESIDAD MATERNA, LA ENTREGA CON SIGNOS VITALES TA:135/74 PAM:86 FC:80XMIN FR:16XMIN SPO2:96% T:36.1°C, CON LEV PERMEABLES CON SSN 0.9% 500CC A 80CC/H POR BOMBA DE INFUSION, RECIBIENDO Y TOLERANDO DOSIS DE MEDICAMENTOS, CON MAMAS BLANDAS Y SECRETANTES, CON INVULSION UTERINA POSITIVA, CON HERIDA QUIRURGICA DESCUBIERTA NO SE OBSERVA SIGNOS DE INFECCION O IRRITACION, CON POCO SANGRADO VAGINAL, ELIMINANDO ESPONTANEO EN BAÑO, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, PASA ESTABLE EN EL TRASCURSO DEL TURNO, DUERME INTERVALOS LARGOS, EN HORAS DE LA MADRUGADA SE REALIZA ASEO PERSONAL, EL RECIEN NACIDO SE ENCUENTRA EN NIDOS POR ASFIXIA PERINATAL.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429

RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:

NRO NOTA :  
2504949

FECHA  
EVOLUCION :  
28/09/2019 08:29:20

ASISTENCIAL : NATHALI  
GALINDO REALPE

REGISTRO :  
0

CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA

SERVICIO :

SALA ALTO CAMA :  
RIESGO 9701  
OBSTETRICO

**NOTA :** 07+00 RECIBO PACIENTE EN UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO, EN CAMA, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON UN DX DE POST CESAREA DEL DIA 26 DE SEPTIEMBRE A LAS 18+13 MAS TRASTORNO HIPERTENSIVO MAS ABESIDAD MATERNA, CON SIGNOS VITALES ESTABLES CON LEV PERMEABLES CON SSN 0.9% 500CC A 80CC/H POR BOMBA DE INFUSION, RECIBIENDO Y TOLERANDO DOSIS DE MEDICAMENTOS, CON MAMAS BLANDAS Y SECRETANTES, CON INVULSION UTERINA POSITIVA, CON HERIDA QUIRURGICA DESCUBIERTA NO SE OBSERVA SIGNOS DE INFECCION O IRRITACION, CON POCO SANGRADO VAGINAL, ELIMINANDO ESPONTANEO EN BAÑO, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, RECIEN NACIDO REMITIDO A CLINICA REMEDIOS POR AFIXIS PERINATAL.

DIAGNÓSTICOS  
CIE: O620

CONTRACCIONES  
PRIMARIAS INADECUADAS O429



RUPTURA PREMATURA DE LAS  
MEMBRANAS, SIN OTRA  
ESPECIFICACION

DIAGNÓSTICOS  
CIE:






SOPORTE DE IMAGENES			
REGISTRO : 118137	CONTENIDO : Otro	FECHA : 26/09/2019 07:57:46	DIGITALIZO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ
PACIENTE : MILEXIS ANDREINA		HISTORIA : 1184896	
Caso: 04208737		<a href="https://dynamisforce.com/prestadores/s/case/5003s000001hwsjAAB/...">https://dynamisforce.com/prestadores/s/case/5003s000001hwsjAAB/...</a>	
(Search...)			
(/prestadores/s/)		Casos (/prestadores/s/case/Case/0016A000004uggCUAQ)	Actividad
Caso REPORTE URG PE 827963824101991 MILEXIS		Seguir	Modificar   Duplicar
Prioridad Alta	Estado Nuevo	Número del caso 04208737	
<b>Detalle (?tabset-30a07=1)</b>		<b>Relacionado (?tabset-30a...</b>	
<b>Enviar a Docuware (?tabs...</b>			
<b>Información Afiliado</b>			
Nombre de la cuenta <u>MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA</u> <u>(/prestadores/s/detail</u> <u>/0016A000001hIRGQAY)</u>		Tipo de registro del caso Reporte de Urgencias	
Documento PE 827963824101991		Tipo régimen S	
Sexo, F		Edad 27	
Fecha Caso 26/09/2019		Hora Caso 07:42:07 a. m.	
<b>Información del prestador</b>			
IPS solicitante <u>HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS</u> <u>(/prestadores/s/detail/0016A00000aj0LzQAA)</u>		Dirección IPS CRA 4 # 17-67	
Sede IPS solicitante <u>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (/prestadores</u> <u>/s/detail/0016A00000ajJRhQAM)</u>		Teléfono IPS	
<b>Información de la atención y servicios solicitados</b>			
Origen de la atención		Destino del paciente	
Enfermedad general		Internación	
1 de 6		26/09/2019, 07:55	
OBSERVACION :			
PAGINA :34- USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48			

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

SOPORTE DE IMAGENES			
REGISTRO : 118138	CONTENIDO : Otro	FECHA : 26/09/2019 07:57:51	DIGITALIZO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ
PACIENTE : MILEXIS ANDREINA		HISTORIA : 1184896	
Caso: 04208737		<a href="https://dynamiques.force.com/prestadores/s/case/5003s000001lwsIAAB/...">https://dynamiques.force.com/prestadores/s/case/5003s000001lwsIAAB/...</a>	
Clasificación triage	Servicio Solicitado		
III	<a href="#">890750 (/prestadores/s/detail/a1f6A000002UJUFoQAO)</a>		
Remitido (/prestadores/s/)	Casos (/prestadores/s/)	Tipo de servicio solicitado	Actividad
NO		<a href="#">Reporte de Urgencias</a>	
IPS que remite	Diagnóstico		
	<a href="#">0429 (/prestadores/s/detail/a1f6A000001GfdSUAS)</a>		
Municipio IPS que remite	Modelo Diagnóstico		
	MATERNO PERINATAL		
Departamento IPS que remite	Descripción de diagnóstico		
	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION		
Teléfonos alternos	Dx relacionado 1		
	<a href="#">0620 (/prestadores/s/detail/a1f6A000001Gf6UAC)</a>		
Fecha y hora de ingreso	Dx relacionado 2		
25/09/2019 08:30 a. m.			
Información general			
Número de caso	Propietario del caso		
04208737201909	 <a href="#">HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS ADMISI</a>		
	<a href="#">ONES (/prestadores/s/profile/0056A000002NadPQAS)</a>		
Asunto	Estado		
REPORTE URG PE 827963824101991 MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA 26/09/2019	Nuevo		
Descripción	Origen del caso		
G1P0A0. PACIENTE 27 AÑOS DE EDAD FUR: 19/DICIEMBRE/2018 EXTRAPOLADA PARA EL DIA DE HOY 40SS.CON PRIMERA ECOGRAFIA 28/FEBRERO/2019 EDAD GESTACIONAL DE 8.4 SS EXTRAPOLADA PARA HOY 38.3 DIAS. CONSULTO I HACE 1 SEMANA POR DOLOR TIPO CONTRACCIONES, OBSERVACION CON MONITORIA FETAL: CATEGORIA I Y DAN EGERESO CON RECOMENDACIONES. EL DIA DE HOY CONSULTA POR PERDIDA DE LIQUIDO O HACE 2 DIAS ACOMPAÑADO DE CEFALEA, FOSFENOS, TINITUS, MAREO, EPIGASTRALGIA, REFIERE DISMINUCIONES DE MOVIMIENTO FETALES DESDE AYER	Portal de autogestión		
2 de 6		26/09/2019, 07:55	
OBSERVACION:			
PAGINA :35- USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48			

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



SOPORTE DE IMAGENES			
REGISTRO : 118139	CONTENIDO : Otro	FECHA : 26/09/2019 07:57:56	DIGITALIZO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ
PACIENTE : MILEXIS ANDREINA		HISTORIA : 1184896	
Caso: 04208737 <a href="https://dynamicoes.force.com/prestadores/s/case/5003s00000HwsiAAB/...">https://dynamicoes.force.com/prestadores/s/case/5003s00000HwsiAAB/...</a>			
Fecha/Hora de apertura 26/09/2019 07:55 a. m.			
Fecha de aprobación caso			
(/prestadores/s/)	Casos (/prestadores/s/case/Case/0086A000004uggCUAQ)	Actividad	
Observación			
Información Persona que informa			
Nombre quien informa MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ GARCIA		Cargo quien informa AUXILIAR ADMINISTRATIVA	
Teléfono quien informa 4892222 EXT 212			
Información Nacido Vivo			
Tipo documento madre paciente		Número documento madre paciente	
Madre/padre de del Nacido Vivo		Documento del menor	
Información Adicional			
Prioridad Alta		Creado por  HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS ADMISIONES (/prestadores/s/profile/0056A000002Na0BQAS) . 26/09/2019 07:55 a. m.	
		Última modificación por  HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS ADMISIONES (/prestadores/s/profile/0056A000002Na0BQAS) . 26/09/2019 07:55 a. m.	
Información Afiliado			
Nombre de la cuenta MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA (/prestadores/s/detail/0016A00000HhRGQAY)		Tipo de registro del caso Reporte de Urgencias	
Documento PE 827963824101991		Tipo régimen S	
Sexo. F		Edad 27	
3 de 6			
26/09/2019, 07:55			
OBSERVACION:			
PAGINA :36 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48			

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

CONTENIDO : Otro

FECHA : 25/09/2019 09:16:36

DIGITALIZO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ

PACIENTE : MILEXIS DIAZ

HISTORIA : 1184896

[https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua\\_internet/Pages/RespuestaConsulta...](https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta...)La salud es de todos  
Ministerio de Salud

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PE
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	827963824101991
NOMBRES	MILEXIS ANDREINA
APELLIDOS	DIAZ RADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. - COOSALUD E.S.S.	SUBSIDIADO	06/02/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 09/25/2019 08:25:43      Estación de origen: 190.144.90.2

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la movilidad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

1 de 2

OBSERVACIONES:

25/09/2019, 08:26

PAGINA :31 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 116947 CONTENIDO : Otro FECHA : 25/09/2019 09:16:40 DIGITALIZADO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ PACIENTE : MILEXIS DIAZ HISTORIA : 1184896

**COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A**  
**NIT 900.226.715 - 3****CERTIFICA:**


El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento: PE - 827963824101991  
Nombres: MILEXIS ANDREINA  
Apellidos: DIAZ RADA  
No. de carnet: 76001649506  
Tipo de afiliado: CABEZA DE FAMILIA  
Fecha de afiliación: 2019/02/06  
Estado de afiliación: ACTIVO  
Régimen: SUBSIDIADO  
IPS: RED DE SALUD ORIENTE-HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO ESS  
Departamento - Municipio: VALLE - CALI  
Categoría: 2

**OBSERVACIONES:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 25 días del mes de septiembre de 2019.

  
**CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR**  
Subdirector Nacional De Aseguramiento  
www.coosalud.com

OBSERVACION:

PAGINA :32 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

## SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 116948 CONTENIDO : Documento de Identificación FECHA : 25/09/2019 09:16:47 DIGITALIZADO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ PACIENTE : MILEXIS DIAZ HISTORIA : 1184896

	<b>REPÚBLICA DE COLOMBIA</b> Migración Colombia PEP - RAMV	<b>MEGRACIÓN</b>	
No. 827963824 101991			
Apellido(s) DIAZ RADA			
Nombre MILEXIS ANDREINA			
Cédula de Identidad 20652690			
	Sexo: F	Nacionalidad VENEZOLANA	
<small>A través del código QR puede comprobar la validez de este documento</small>	Fecha de Nacimiento 1991/10/24	Fecha de Expedición 2018/08/17	<small>Seguimiento de edad de 25 años a partir de la expedición</small>

## OBSERVACION:

PAGINA :33 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI  
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO



**JUZGADO CATORCE CIVIL DEL CIRCUITO**

**AUTO INTERLOCUTORIO No. 1383,**

**RADICACION No. 2024-322-00**

**Santiago de Cali, doce (12) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)**

Revisada la presente demanda, y su escrito de subsanación, el cual fue allegado de manera tempestiva por la parte demandante, con el cual se colman las precisiones señaladas en la providencia que antecede, como quiera que se encuentran reunidos los requisitos exigidos en los Arts. 82 y siguientes y 368 del Código General del Proceso., el Juzgado,

**DISPONE:**

1°. ADMITIR la presente demanda **VERBAL DECLARATIVA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA** propuesta por propuesta por **Adalgisa Alban Fátima, Víctor Hugo Belalcázar Alban** actuando en representación de su hija menor **Ailyn Estefanía Belalcázar Urrea, Maury Amada Rada Rojas y Milexis Andreina Diaz Rada** actuando en representación de su hija menor **Brianna Nicoll Belalcázar Diaz**, en contra del **Hospital San Juan de Dios y la aseguradora Equidad Seguros.**

2°. De la demanda córrase traslado a las sociedades demandadas por el término de veinte (20) días, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 369 del Código General del Proceso.

3°. Para la notificación del presente auto se procederá conforme a los artículos 291 a 293 del C.G.P., o en su defecto de conformidad a los lineamientos establecidos en la Ley 2213 de 2022.

**NOTIFIQUESE,**

**La Juez,**

**MONICA MARIA MEJIA ZAPATA**

**ESTADO 16 DE DICIEMBRE DEL 2024**

Monica Maria Mejia Zapata

Firmado Por:

Juez  
Juzgado De Circuito  
Civil 014  
Cali - Valle Del Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: 8c2a8d03b089c3af48fe3a9568220f444de1fe17560e952844dcea5c0435f71d

Documento generado en: 13/12/2024 12:29:51 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



Santiago de Cali, Diecisiete (17) de Enero de Dos Mil Veinticinco (2025).

Honorable Doctora

**MONICA MARIA MEJIA ZAPATA**

Juez Catorce (14) Civil del Circuito Judicial

La Ciudad

<b>Acción:</b>	VERBAL DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL
<b>RADICADO:</b>	76001310301420240032200
<b>DEMANDANTES:</b>	ADALGISA ALBAN FATIMA y OTROS.
<b>DEMANDADOS:</b>	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y OTRO
<b>REFERENCIA:</b>	REFORMA DE LA DEMANDA

Cordial Saludo,

**OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO** identificado con C.C. N° 1.144.125.296 y T.P N° 256.235 del C.S. de la J. actuando en calidad de apoderado judicial de los demandantes, me permito reformar la demanda de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 93 de la Ley 1564 de 2012; se adicionan hechos 13 y 14, se aporta constancia de no conciliación, Historia clínica de la cirugía craneosinostosis, y se solicitan medios probatorios: declaración de parte, testimonios técnicos, testimonios y pericial.

De conformidad con lo dispuesto por el numeral 4 del artículo 93 de la Ley 1564 de 2012, se presenta en un solo escrito la demanda inicial con las correcciones a las falencias señaladas en el auto inadmisorio y la presente reforma.

Sírvase proveer su señoría.

Cordialmente se suscribe,

FIRMA DIGITAL

**Omer Jeiner Mosquera Bejarano**  
C.C. N° 1.144.125.296  
T.P N° 256.235 del C.S. de la J.

Santiago de Cali, diecisiete (17) de enero de dos mil veinticinco (2.025)

Honorables

**JUECES CIVILES DEL CIRCUITO JUDICIAL DE SANTIAGO-DE CALI  
(REPARTO)**

La Ciudad

E. S. D.

**PROCESO: VERBAL- RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL**  
**DEMANDANTES: ADALGISA ALBAN FATIMA, VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN ACTUANDO EN REPRESENTACIÓN DE SU HIJA MENOR AILYN STEFANIA BELALCAZAR URREA, MAURY AMADA RODA ROJAS, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA ACTUANDO EN REPRESENTACIÓN DE SU HIJA MENOR BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ**  
**DEMANDADOS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS y OTRO.**

Cordial Saludo,

**Omer Jeiner Mosquera Bejarano** mayor de edad, vecino de Cali, Valle, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.144.125.296 de Santiago de Cali, abogado en ejercicio con T. P. No. 256.235 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado judicial de Adalgisa Alban Fatima, Victor Hugo Belalcazar Alban actuando en representación de su hija menor Ailyn Stefania Belalcazar Urrea, Maury Amada Rada Rojas y Milexis Andreina Diaz Rada actuando en representación de su hija menor Brianna Nicoll Belalcazar Diaz, de manera respetuosa, presentamos demanda ordinaria de responsabilidad extracontractual contra el **Hospital San Juan de Dios y la aseguradora Equidad Seguros con NIT 860028415** a fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños materiales e inmateriales causados en virtud de la indebida atención médica brindada al parto de la señora Milexis Andreina Diaz Rada que derivó en una asfixia perinatal y otros daños neurológicos permanentes de su hija Brianna Nicoll Belalcazar Diaz.

## CAPITULO I.

### 1. DECLARACIONES Y CONDENAS

1.1.- **QUE SE DECLARE** administrativa y extracontractualmente responsable, al Hospital San Juan de Dios y la Equidad Seguros de los perjuicios causados a los demandantes con motivo de la falla en el servicio médico expuesta en líneas anteriores.

Como consecuencia de la anterior declaración, se solicita:

1.2.- **CONDENAR AL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO DE CALI y LA EQUIDAD SEGUROS**, a pagar, por concepto **perjuicios morales** ocasionados a los demandantes el equivalente a cien (100) SMMLV para cada uno. Para la señora Milexis Andreina Diaz Rada y Victor Hugo Belalcazar Alban en calidad de padres de la menor **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ** se solicita un valor adicional de cien (100) SMMLV más para cada uno, teniendo en cuenta el grave



daño padecido de manera permanente por su hija y la grave afectación que ello generó en su vida, sentimientos y emociones.

Adalgisa Alban Fatima, Maury Amada Rada Rojas y Ailyn Stefania Belalcazar Urrea el equivalente a cien (100) SMMLV, para cada una, en sus calidades de abuelas y hermana, respectivamente, de la menor BRIANNA NICOLL.

Para Victor Hugo Belalcazar Alban, Milexis Andreina Diaz Rada y Brianna Nicoll Belalcazar Diaz el el equivalente a doscientos (200) SMMLV, para cada uno.

#### **TOTAL PERJUICIOS MORALES: NOVECIENTOS (900) SMMLV**

Por concepto de **daño a la salud** generado a **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ** el equivalente a doscientos (200) SMMLV teniendo en cuenta que el daño que se le generó es de carácter permanente e irreversible.

1.2.1 **CONDENAR** al **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO DE CALI y LA EQUIDAD SEGUROS** a pagar por el daño de pérdida de oportunidad de llevar una vida normal y autónoma a **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ**, el equivalente a doscientos (200) SMMLV.

**Por concepto de perjuicios morales** por el daño de pérdida de oportunidad de llevar una vida normal ocasionado a la menor BRIANNA NICOLL, sufridos por sus padres Milexis Andreina Diaz Rada y Victor Hugo Belalcazar Alban, el equivalente a cien (100) SMMLV para cada uno.

#### **2. DAÑO A BIENES CONVENCIONAL Y CONSTITUCIONALMENTE PROTEGIDOS**

Con el daño ocasionado a **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ**, a sus padres Milexis Andreina Diaz Rada y Victor Hugo Belalcazar Alban se le vulneró el i) derecho al libre desarrollo de la personalidad (art. 16 C.P.), en el entendido que el proyecto de integrar una familia como se idealizó inicialmente no se logró por el daño irreparable ocasionado a la menor BRIANNA NICOLL, lo que evidentemente es una vulneración a ese derecho fundamental, por tanto, la entidad demandada deberá pagar el equivalente a cien (100) SMMLV para cada uno, como quiera que no existe otra medida reparatoria del daño ocasionado a los demandantes.

#### **TOTA PERJUICIOS INMATERIALES: MIL SETECIENTOS (1700) SMMLV**

#### **2.2. DAÑO MATERIAL**

**Daño Emergente:** En favor de los demandantes la suma de \$ 10.000.000.00 aproximadamente, lo cual corresponde a los gastos incurridos en virtud del evento médico descrito en los hechos.

**Lucro Cesante:** Futuro la suma que se acredite en el proceso en favor de **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ.**

**Lucro cesante.**

Teniendo en cuenta que el daño le generó una pérdida de capacidad laboral del 100% a la víctima BRIANA NICOLL BELALCAZAR DIAZ, lo que le impide desempeñarse laboralmente desde el momento en que se presume una persona puede laborar en Colombia, esto es, los 18 años hasta que su vida se extinga, las entidades convocadas deberán pagar el lucro cesante en dos periodos a saber, uno consolidado y otro futuro; el primero corresponde al tiempo de ocurrencia de los hechos hasta la fecha de presentación de la demanda. En tanto el periodo futuro corresponde hasta la vida probable de la lesionada.

Para liquidar el **lucro cesante consolidado** deberá tenerse en cuenta la siguiente fórmula:

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

S = Es la indemnización a obtener;

Ra = salario base de liquidación.

n= Número de meses que comprende el período indemnizable.

Así las cosas, teniendo en cuenta que el daño irreparable ocasionado a la menor BRIANNA NICOLL ocurrió en el momento exacto de su nacimiento, se presume que por lo menos devengaría un salario mínimo mensual legal vigente, que en la actualidad asciende a \$1.300.000.00 más el 25% de prestaciones sociales equivale a \$ 1.625.000; a este valor se le aplica un interés mensual de 0,004867 desde el día que se le ocasionó el daño- 26 de septiembre de 2019 hasta la fecha de presentación de la demanda, esto es, 21 de noviembre de 2024 (60 meses y 26 días)

$$S = 1.625.000 [(1 + 0,004867)^{60,26} - 1]$$

---


$$0,004867$$

$$S = \$ 113.476.854$$

Para liquidar el **lucro cesante futuro** teniendo en cuenta que el daño irreparable ocasionado a la menor BRIANNA NICOLL ocurrió en el momento exacto de su nacimiento, se presume que por lo menos devengaría un salario mínimo mensual legal vigente, que en la actualidad asciende a \$1.300.000.00 más el 25% de prestaciones sociales equivale a \$ 1.625.000.

La menor BRIANNA NICOLL nació el día 26 de septiembre de 2019, fecha en la que ocurrió el lamentable daño, por tanto, se presume que por lo menos a partir de los 18 años podría legalmente empezar a laborar.

Frente a la expectativa de vida, dato necesario para poder fijar el monto de la indemnización por perjuicio material en la modalidad de lucro cesante futuro; tenemos que acudir a la resolución 0110 de 2014 proferida por la Superintendencia Financiera en la que se concluye que la expectativa de vida de la menor BRIANNA



NICOL para el momento en que cumpla la mayoría de edad (18 años) es de 83.5 años, por tanto, se concluye que para llegar a ésta última le faltaba 786 meses. De la anterior cifra se descontará el período tenido en cuenta al liquidar el lucro cesante consolidado (60.26 meses), arrojando entonces un total de 725.8 meses, que son el periodo a indemnizar por lucro cesante futuro.

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

S = Es la suma resultante del período a indemnizar.

Ra = Es la renta o ingreso mensual equivalente a \$1.625.000

i= Interés puro o técnico equivalente a 0.004867

n= Es el número de meses que transcurrirán entre la fecha de la sentencia hasta terminar el periodo indemnizatorio o vida probable.

$$S = \frac{1.625.000. (1+0.004867)^{725.8} - 1}{0.004867 (1+0.004867)^{725.8}}$$

$$S= \$ 324.037.013.00$$

**Total perjuicios materiales: \$ 437.513.867,6**

Que a las sumas a que resulte condenadas la entidad demandada se ordene que el valor de la indemnización se liquide con el ajuste respectivo.

Al momento de liquidar este perjuicio, se deberá tomar el salario mínimo mensual legal vigente al momento de dictar sentencia.

Lo anterior tiene fundamento en que la menor **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ** no podrá devengar lo que una persona en condiciones normal y mínimas podría generar a lo largo de su vida, toda vez que el daño padecido por aquella es permanente, irreversible y muy grave.

3. Que a las sumas a que resulte condenadas las entidades convocadas, se ordene que el valor de la indemnización se liquide con el ajuste previsto en el artículo 192, inciso 3 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

4. **INDEXACIÓN** - Teniendo en cuenta que en Colombia el dinero no mantiene su poder adquisitivo constante las condenas solicitadas deberán indexarse.

5. Que se ordene a la demandada a cumplir con la sentencia en el término indicado en el artículo 192 inciso 2 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

6. Que se condene en costas a las entidades demandadas.

## CAPITULO II. HECHOS QUE FUNDAMENTAN LA ACCIÓN

Los hechos que sirven de fundamento para la presente acción, en síntesis, son los siguientes:

1. En Enero del 2019, la señora Milexis Andreina Diaz Rada quedó en estado de gravidez, su control prenatal fue realizado en el Hospital Carlos Holmes Trujillo de Cali – Valle, pero por factores de riesgo el 10 de Septiembre del 2019 el Doctor Gustavo Adolfo Perdomo Ginecólogo, le remite con orden de parto al Hospital San Juan de Dios de Cali – Valle, por ser nivel II, para continuar con sus controles.
2. El 11 de Septiembre del 2019, mi poderdante asistió a su control prenatal con la Doctora Olga Lucia Cuero Vidal Ginecóloga del Hospital San Juan de Dios, quien le valora por los factores de riesgo de obesidad y antecedentes de preclamsia y de acuerdo a los resultados de las última ecografías, le informa que el crecimiento de su hija era normal.
3. El 14 de Septiembre del 2019, la señora Milexis Andreina Diaz Rada fue trasladada al área de Urgencia del Hospital San Juan de Dios, por presentar dolor pélvico tipo contracción, realizan un monitoreo fetal y todo sale normal, por lo que, le dan de alta, con la indicaciones que debe esperar rompa membranas o expulse algún líquido, para trasladarse al hospital e iniciar trabajo de parto.
4. El 18 de Septiembre del 2019, mi cliente asistió al control prenatal con la Doctora Sandra Patricia Moreno Aguilar Ginecóloga Obstetra, a quien le manifestó que estaba presentando dolor pélvico, tipo contracción que ya se irradiaba a la zona lumbar, pero sin salida de moco, ni sangrado, ni líquido vaginal, adicional le informó que presentaba problemas de respiración, por lo que, la galena ordenó una ecografía y de acuerdo a los resultados le informó que la niña se encontraba bien y con movilidad, por esta razón, le diagnosticó con contracciones primarias inadecuadas.
5. El 25 de Septiembre del 2019, la demandante asistió al control prenatal siendo atendida por la Doctora María Adelaida Vélez G, Ginecóloga Obstetra, a quien le manifestó que se sentía muy enferma, con pérdida de líquido, cefalea, tinitus, mareo, y que su hija presentaba poca movilidad, por esta razón, la Doctora la hospitaliza y en horas de la noche, le realizan la primera inducción de parto, sin embargo, presentó presión alta y no dilatación.
6. El 26 de Septiembre del 2019 siendo aproximadamente las 07:00 AM, mi cliente fue trasladada a sala de alto riesgo, donde le realizan una segunda



inducción de parto, la cual fue fallida, ya que nuevamente no presentó dilatación alguna, constantemente mi prohijada le informaba a las enfermeras y a la Doctora de turno que no sentía la niña, sin embargo, lo único que le realizaban eran monitoreo porque presentaba trastorno de la presión; posterior a ello, siendo aproximadamente las 02:00 PM, le realizan la tercera inducción de parto, siendo igualmente fallida, no obstante, mi poderdante empezó a sentirse con daño de estómago, ganas de vomitar y mareada.

7. Siendo aproximadamente las 03:00 PM, la señora Milexis Andreina Díaz Rada informó al doctor Smith Carrillo Baquero Médico Pediatra que se sentía muy enferma y preocupada porque no sentía la niña, por lo que, fue valorada y de manera inmediata, el galeno solicitó el quirófano para la realización de cesaría por urgencia; como resultado la niña nace con BICHPS desfavorable, y le realizan tres reanimaciones porque nació asfíxiada, siendo diagnostica con asfíxia leve y moderada.
8. El 27 de Septiembre del 2019 mi cliente procede a conocer a su hija por primera vez, pero observó que se estaba poniendo morada y apretaba las manitos, de manera inmediata le informó al doctor que si eso era normal, por lo que procedió a valorarla y determinó que estaba presentando convulsiones, sufriendo tres episodios convulsivos, por lo que, deciden remitirla a una unidad de cuidados intensivos neonatal, siendo remitida a la CLINICA REMEDIOS DE CALI – VALLE, en donde se desarrolló las atenciones médicas posteriores.
9. En el Hospital San Juan de Dios de Santiago de Cali, la información verbal que le suministraban a los padres de BRIANNA NICOLL era que su condición era congénita, que era algo que ya venia con ella, sin embargo, al señor Víctor Hugo en la CLINICA DE LOS REMEDIOS le informaron que la niña al nacer debió haber sido entubada para que le llegara el oxígeno al cerebro y no ponerla en cámara de oxígeno como lo realizaron en el Hospital San Juan de Dios, además, la versión que le habían dado en dicho Hospital no concordaba con el registro documental de la historia clínica del control prenatal, pues a la menor se le realizaron dos ecografías, una en mayo de 2019 en la que se analizó organo por organo de la menor y la otra el 14 de septiembre de 2019, es decir, unos días antes del parto y las dos concluían que la menor estaba bien, por lo que, era ilógico que BRIANNA NICOLL hubiera nacido en esas condiciones y presentara deformidad craneal (encefalopatía y microcefalia), retraso mental y convulsiones, sin que se hubieran percatado de tal circunstancia en las ecografías y controles prenatales, sin embargo, le sugirieron le hicieran una prueba de genética a la menor para determinar si dicho diagnóstico congénito.

10. El 27 de julio de 2023, por solicitud de la Fundación infantil club Noel la sociedad "FLEURY MEDICINA E SAUDE", profirió los resultados del examen de genética para epilepsias y ataxias de la paciente BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ arrojando como resultado "No se encontraron variantes patogénicas o probablemente patogénicas de herencia autosómica recesiva o dominante en los genes analizados" y como hallazgos complementarios resaltó "No se encontraron variantes de significado clínico incierto (VUS)"
11. Ante tal circunstancia, resultó más que evidente que los padecimientos de la menor BRIANNA NICOLL no eran congénitos, el registro documental, testimonial y pericial, determinan que fueron ocasionados por la mala praxis médica realizada por los galenos del Hospital San Juan de Dios, por lo que, la menor sufrirá de retraso mental permanente y deformidad física de carácter permanente, encefalopatía, microcefalia y convulsiones recurrentes.
12. Los hechos descritos ha afectado emocionalmente a los demandantes pues ha dejado secuelas difíciles de mitigar, así mismo perjuicios inmateriales y materiales que deben ser indemnizados por las entidades demandadas.
13. El HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS suscribió un contrato de seguros con la ASEGURADORA EQUIDAD SEGUROS con NIT 860028415 con la póliza de seguro Nro. AA005294 con vigencia del 07 de Enero del 2019 hasta el 07 de Enero del 2020 que aseguraba la responsabilidad contractual y extracontractual del Hospital San Juan de Dios en los eventos médicos a su cargo entre otros.
14. Se agotó el requisito de procedibilidad de la audiencia de conciliación extrajudicial, respecto de los dos sujetos procesales que conforman el extramo pasivo de la demanda.

### **CAPITULO III. FUNDAMENTOS JURÍDICOS CONTITUCIONALES, LEGALES Y ANTECEDENTES JURISPRUDENCIALES**

Invoco como fundamento las siguientes normas:

- Código Civil; artículos 2144 y 2341.
- Artículo 167 del Código General del Proceso.
- Artículos 2, 6, 90, 286, 311 de la Constitución Nacional y demás normas concordantes.



El artículo 1 de nuestra Carta Política concibe el Estado Social de Derecho como aquel de profundo respeto por la dignidad humana y la solidaridad de las personas con una prevalencia del interés general sobre el particular; norma que debe concordarse con el artículo 2 en su inciso 2 al determinar que **"las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derecho y libertades y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares"**.

Al interior del universo Constitucional y Civil, la responsabilidad no está únicamente ligada al actuar negligente, culposo o doloso, es decir a criterios subjetivos, desplazándose a criterios objetivos, fundamentados en principios de **justicia, equidad, solidaridad**, etc., en donde la importancia gira alrededor de quien sufre el daño. Es así, como puede hallarse el Estado o particular obligado a resarcir un perjuicio causado a pesar que su actividad o actuación esté dentro de los marcos de la licitud.

El daño antijurídico es fuente de responsabilidad y a su vez la teoría de la responsabilidad objetiva adquiere fundamento constitucional, razón por la cual surge la cláusula general de responsabilidad patrimonial como el punto de intersección a través del cual encuadra cualquier régimen de responsabilidad. El concepto de daño antijurídico no ha sido definido en nuestra legislación, pero hace varios años la jurisprudencia colombiana ha venido formando la teoría de la Lesión resarcible fundamentada en el daño antijurídico, basados en la doctrina española, y es así como en distintos fallos emitidos por el Consejo de Estado y Corte Suprema de Justicia se encuentra una concepción del daño antijurídico que lo consagra como el fundamento de todo deber y obligación de reparación.

De ahí, que el objetivo de la responsabilidad patrimonial es el de restablecer el equilibrio económico roto cuando se lesiona un patrimonio particular por parte de la administración pública. Se ha pasado de la llamada antijuridicidad subjetiva, que exigía el dolo, la culpa para generar la responsabilidad, a la llamada antijuridicidad objetiva, **que tiene como fundamento el daño ocasionado a la víctima, que pasa a ser el elemento más importante de la responsabilidad patrimonial**.

#### FUENTE DE OBLIGACIONES

El ordenamiento jurídico recoge el principio universalmente aceptado, según el cual, el que ha cometido un delito o culpa que ha inferido daño a otro está obligado a repararlo, lo anterior tiene su fundamento en el artículo 2341 del código civil.

La consumación de un hecho violatorio de un derecho ajeno, por regla general, impone la obligación jurídica a su autor de reparar el daño causado, cualquiera que sea la fuente de la obligación; en virtud de ello, la acción encaminada al resarcimiento del perjuicio recibido con ocasión del hecho violatorio, persigue en primer lugar, que se declare responsable al demandado en el campo en que ella se origine, pues unas veces tiene escenario en el ámbito contractual, si deviene del incumplimiento de obligaciones previamente adquiridas, y otras en el extracontractual, cuando no existe ese medio convencional previo, pero se ha violado una norma de conducta o se ha realizado un comportamiento que causa

daño al demandante.

El Código Civil, carece de normas expresas que se refieran al ejercicio de la actividad médica; por remisión analógica, se encuentra que el artículo 2144 del Código Civil señala que: "Los servicios de las profesiones y carreras que suponen largos estudios, o a que está unida la facultad de representar y obligar a otra persona, respecto de terceros, se sujetan a las reglas del mandato".

Así mismo, las obligaciones que cobijan al profesional médico en ejercicio de sus funciones son, por regla general, de medio, y no de resultado, es decir, que el contratado médico debe desplegar todos sus conocimientos, idoneidad, pericia, ciencia y prudencia en pro del paciente a su cargo, sin que pueda responder por el mal desenlace de la enfermedad de éste, es decir, la culpa en los servicios prestados por los galenos debe probarse; en el entendido de que la culpa es obrar con imprudencia, impericia o negligencia, ante una determinada situación.

#### JURISPRUDENCIA POR RESPONSABILIDAD MÉDICA

**Sentencia de 05 de marzo de 1940:** Preciso que la "obligación del médico" es por regla general de "medio": *"(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste", y en punto de la "culpa" se comentó: "(...) la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad. (...) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (...)"* (G.J. N° 1953, pág. 119).

**Fallo de 12 de septiembre de 1985,** (G.J. CLXXX N° 2419, pág. 420). se indicó: *"(...) con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, (...). Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los*



*medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación"*

**En sentencia sustitutiva de 12 de julio de 1994 (G.J. CCXXXI N° 2470, pág. 306),** se indicó que la responsabilidad se origina "(...) *cuando en desarrollo del correspondiente contrato se incurre en culpa profesional o institucional del caso (...); esta culpa es necesaria que sea imputable al profesional o institución médica correspondiente; además sea la causaeficiente del daño y de los perjuicios que se ocasionen al paciente, esto es, que exista relación de causalidad entre la primera y los últimos.*

**En casación de 22 de julio de 2010, exp. 2000-00042-01,** precisó que: "*los establecimientos clínicos, hospitalarios y similares son aquellas instituciones prestadoras de los servicios de salud, ya sean públicas, privadas o mixtas, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física o mental, y que éstas pueden clasificarse, según el tipo de servicios que ofrezcan, como instituciones hospitalarias e instituciones ambulatorias de baja, media y alta complejidad (Artículos 1º y 2º de la Resolución No. 4445 de 1996, Ministerio de Salud).*"

La responsabilidad directa de las referidas instituciones, con ocasión del cumplimiento del acto médico en sentido estricto, es necesario puntualizar que ellas se verán comprometidas cuando lo ejecutan mediante sus órganos, dependientes, subordinados o, en general, mediando la intervención de médicos que, dada la naturaleza jurídica de la relación que los vincule, las comprometa.

En ese orden de ideas, los centros clínicos u hospitalarios incurrirán en responsabilidad en tanto y cuanto se demuestre que los profesionales a ellos vinculados incurrieron en culpa en el diagnóstico, en el tratamiento o en la intervención quirúrgica del paciente. Por supuesto que, si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de

principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo.

### EXCEPCIONES DE LA CULPA PROBADA

A esa conclusión no se opone que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, recurra a determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica en el caso concreto.

Como quiera que es posible que una rigurosa aplicación de la disposición contenida en el artículo 167 del Código General del Proceso puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima, la Corte Suprema de Justicia ante esa situación, acepta que, teniendo en consideración las particularidades de cada caso en concreto, puede el juez acudir a diversos instrumentos que atenúan el rigor del reseñado precepto.

Dependiendo de las circunstancias del asunto, es posible que el Juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones relativas a la culpa del médico; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes; acuda a razonamientos lógicos como el principio *res ipsa loquitur*: Ejemplo se olvida una gasa, material quirúrgico (aguja) en la zona intervenida, se amputa el miembro equivocado, entre otras.

**En fallo de 26 de noviembre de 2010 exp. 08667-01**, expuso "(...) que se trata de toda aquella actividad mediante la cual el galeno se compromete a emplear su habilidad y sapiencia con miras a curar al enfermo; para tal efecto, debe desarrollar un conjunto de labores encaminadas al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de aquel y, de ser el caso, a intervenirlo quirúrgicamente".

### DEL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE AL CASO

El historial probatorio que se agrega a esta solicitud, permitirán encausar con muchísima claridad la responsabilidad de la parte convocada bajo la tesis subjetiva, es decir, los



elementos de la responsabilidad se deben probar.

### El daño

Con la historia clínica del Hospital San Juan de Dios, Clínica de los Remedios y Club Noel quedó plenamente acreditado, es decir, la encefalopatía, microcefalia y convulsiones de carácter permanente que padece la menor BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ.

### Actuación del Hospital San Juan de Dios en el hecho

Con el acervo probatorio, resulta claro que el daño ocasionado a la menor fue producto de la mala praxis médica en la atención del parto Milexis Andreina Diaz Rada.

- Con la historia clínica del parto realizado por el Hospital San Juan de Dios, se evidencia que la demandante Milexis Andreina Diaz sufrió de hipertensión gestacional, en el mes de septiembre de 2019 tuvo actividad uterina constante, por lo que, visitó al Hospital en varias ocasiones pero era devuelta ya que, según los galenos, no estaba en trabajo de parto, sin embargo, tan solo hasta el 25 de septiembre de 2019 cuando asistió a su control prenatal y constataron de las condiciones de la madre, deciden inducir un parto que se prolongó hasta el 26 de septiembre de 2019 6:00 Pm cuando deciden realizar una cesárea de urgencia obteniendo como resultado un recién nacido de sexo femenino con asfixia perinatal circunstancia que derivó en una encefalopatía, microcefalia, retraso mental y convulsiones constantes.

Así las cosas resulta claro que parte el control prenatal y toda la atención del parto de la demandante Milexis Andreina Diaz Rada y el nacimiento de la menor BRIANNA NICOLL fue en el Hospital San Juan de Dios.

### Nexo causal

Ahora bien, en cuanto a este elemento, también se encuentra acreditado con las historias clínicas, examen de genética practicado a la menor y la literatura médica:

1. Según la literatura médica aceptada la microcefalia "es una afección que hace que la cabeza del bebé sea más pequeña de lo esperado para su tamaño y edad. La microcefalia se produce cuando el cerebro del bebé necesita más tiempo para crecer o no se desarrolla por completo. El tamaño del cráneo del bebé depende del tamaño de su cerebro. El crecimiento del cerebro ocurre durante el desarrollo fetal y la infancia" en cuanto a sus causas están asociadas a cambios genéticos o condición genética subyacente, falta de oxígeno en el cerebro o lesión o traumatismo cerebral

### ¿Cómo se diagnostica la microcefalia?

En ocasiones, un médico puede diagnosticar la microcefalia antes del nacimiento mediante una ecografía prenatal. Este diagnóstico, con el feto todavía en el útero, se realiza a finales del segundo trimestre o en el tercer trimestre.

El diagnóstico suele realizarse dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento del bebé. Un proveedor de atención médica medirá la circunferencia de la cabeza del bebé (en toda

su circunferencia). Luego, comparará la medida del bebé con los estándares de crecimiento para su edad, que tienen en cuenta la longitud y el peso del bebé.

Si su bebé ha adquirido microcefalia, un proveedor de atención médica diagnosticará la afección en la infancia cuando los síntomas se hagan evidentes. Durante un examen físico, el proveedor de atención médica de su bebé medirá la circunferencia de la cabeza de su hijo. Es posible que le haga preguntas sobre el progreso de su hijo en alcanzar los hitos del desarrollo para su edad, como gatear o caminar.

### ¿Qué es un percentil de circunferencia de la cabeza?

Un percentil es un número en una escala del 1 al 100 que muestra cómo se compara una persona con otras. Los percentiles ayudan a los proveedores de atención médica a diagnosticar ciertas afecciones. Para recibir un diagnóstico de microcefalia, la circunferencia de la cabeza de su bebé debe estar en el percentil 3 o inferior. Una circunferencia de la cabeza en el percentil 3 significa que el 3 % de todos los bebés tienen una cabeza de tamaño más pequeño y el 97 % tienen una cabeza de tamaño más grande.

### ¿Qué pruebas diagnostican la microcefalia?

Si el médico de su hijo sospecha que padece microcefalia, medirá la circunferencia de la cabeza del niño y le realizará pruebas para determinar la causa. Las pruebas pueden incluir:

- Pruebas de imagen como una ecografía de cabeza o una resonancia magnética cerebral.
- Análisis de sangre para detectar cambios en su código genético o cualquier condición subyacente.<sup>1</sup>

2. Por su parte la encefalopatía es "La encefalopatía es un cambio en el funcionamiento del cerebro. Puede sentirse confundido, agitado o no sentirse como usted mismo. Puede ser una alteración temporal o puede dañar permanentemente el cerebro. Existen muchas causas posibles de encefalopatía, como una infección o una enfermedad subyacente. El tratamiento depende de la causa"<sup>2</sup>.

3. "La asfixia perinatal se refiere a la falta de respiración o de oxígeno que puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo o durante el parto. Esta condición puede tener graves consecuencias si no se trata a tiempo y adecuadamente, ya que las secuelas pueden afectar significativamente la calidad de vida del paciente."<sup>3</sup>

4. Según la literatura médica el parto prolongado<sup>4</sup> es:

### ¿Qué es el parto prolongado?

El parto que progresa lentamente se conoce como parto prolongado o falta de progreso. Puede ocurrir durante la primera o la segunda etapa del parto. Es

<sup>1</sup> <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9843-microcephaly?/>

<sup>2</sup> <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/encephalopathy>

<sup>3</sup> <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/asfixia-perinatal>

<sup>4</sup> <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24752-prolonged-labor>



posible que esté en trabajo de parto durante muchas horas sin pasar a la siguiente etapa. El objetivo del tratamiento para el parto prolongado es mantenerte a ti y a tu bebé saludables y ayudarte a dar a luz de manera segura.

### ¿Cuántas horas se consideran trabajo de parto prolongado?

El parto prolongado es cuando el parto dura:

- 25 horas o más para quienes van a tener su primer bebé.
- 20 horas o más para quienes han tenido al menos un bebé en el pasado.

En cambio, el parto típico dura (en promedio) entre 12 y 24 horas en el caso del primer parto y entre 8 y 10 horas en el caso de los partos subsiguientes.

### ¿Qué ocurre durante el parto prolongado?

Durante el parto prolongado, ya sea:

- El cuello uterino, parte del sistema reproductor femenino, comienza a dilatarse (abrirse) pero se detiene antes de estar completamente dilatado a 10 centímetros.
- El cuello uterino se ha dilatado completamente, pero el bebé deja de moverse por el canal de parto.

### ¿Qué tan común es el parto prolongado?

El parto prolongado no es común: afecta a alrededor del 8 % de las mujeres que dan a luz. Sin embargo, causa alrededor de un tercio de todos los partos por cesárea.

### ¿Cuáles son los riesgos del parto prolongado?

La falta de progreso durante la primera etapa del parto rara vez conduce a complicaciones, aunque suele ser agotador física y mentalmente para los padres. El parto prolongado durante la segunda etapa es más grave porque aumenta el riesgo de:

- Infección.
- Hemorragia posparto.
- Incontinencia futura.
- Futuro prolapso de órganos pélvicos.
- Rotura uterina (muy rara).

El trabajo de parto prolongado aumenta las probabilidades de necesitar un tipo diferente de parto. Por ejemplo, es posible que su proveedor de atención médica deba usar instrumentos médicos, como una ventosa o fórceps, para ayudar a que nazca su bebé. El trabajo de parto prolongado también aumenta las probabilidades de que le practiquen una cesárea.

### ¿Puede el parto prolongado afectar al bebé?

El parto prolongado puede aumentar los riesgos para el bebé, entre ellos:

- Infección (generalmente se transmite de padres a hijos).
- Sufrimiento fetal, caída del ritmo cardíaco.
- Asfixia perinatal, falta de oxígeno.
- Distocia de hombros (quedarse atrapado en el canal de parto).

5. Con el examen de genética para epilepsias y ataxias de la paciente BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ realizado por "FLEURY MEDICINA E SAUDE" se concluyó de que la encefalopatía, microcefalia y convulsiones no eran congénitas.

6. La historia clínica del control prenatal realizado a la señora Milexis desde la IPS hasta el Hospital San Juan de Dios, son prueba de que la gestación de la menor BRIANNA NICOLL estaba con normalidad hasta los días previos del parto y no daba indicio alguno de microcefalia, encefalopatía ni complicación alguna; específicamente con la ecografía obstétrica con detalle anatómico del segundo trimestre gestacional realizada el 05-06-2019 en el Hospital Universitario, se determinó que su cabeza era de tamaño normal, el sistema nervioso central era normal, encefalo normal, corazón normal y en general todos los órganos analizados eran normales; así mismo en el monitoreo fetal realizado el 14 de septiembre de 2019 en el Hospital San Juan de Dios, también arrojó resultados normales en la menor, por tanto, forsozo resulta concluir que la gestación de la menor BRIANNA NICOLL fue absolutamente normal y nada indicaba que sufriría de microcefalia.

En virtud de lo anterior, podemos concluir que:

1. La menor BRIANNA NICOLL tuvo un desarrollo gestacional óptimo y normal: así mismo que la madre era primigestante y tuvo un proceso prenatal normal, su remisión al Hospital San Juan de Dios para el parto obedeció preventivamente por factores de riesgo como obesidad.
2. Con la historia clínica del Hospital San Juan de Dios, el 25 de septiembre de 2019 a las 8:29 am la señora Milexis Andreina Díaz Rada acudió al centro de salud refiriendo expulsión de líquido y reducción en la actividad fetal, confirmando por parte de la galena tratante ruptura de membranas, por lo que, decidió inducir el parto; finalmente, luego de aproximadamente 34 horas de trabajo de parto fallido, nace la menor Brianna Nicoll el 26 de septiembre de 2019 a las 18:13 Pm vía cesarea de urgencia con diagnóstico de asfixia perinatal.
3. El trabajo de parto de la señora Milexis Andreina Díaz Rada, según la literatura médica, es considerado prolongado, toda vez que aquella era primigestante y desde el momento que inició hasta el momento en que finalizó transcurrieron 34 horas, es decir, 10 horas más para los parámetros normales de una madre primigestante, pero solo cuando hubo indicio de sufrimiento fetal, se ordenó la cesarea de urgencia ocasionando una asfixia perinatal que derivó en una encefalopatía, microcefalia y convulsiones.
4. La asfixia perinatal es una de las consecuencias de un parto prolongado, como evidentemente ocurrió en el presente asunto, la señora Milexis Andreina tuvo un trabajo de parto prolongado de 34 horas y al no finalizarlo antes, la menor BRIANNA no tuvo oxígeno suficiente y ello le ocasionó una asfixia perinatal; así mismo, una vez la menor BRIANNA nació los galenos la diagnosticaron con asfixia leve y moderada, además no fue intubada para



garantizar el correcto suministro de oxígeno, lo que complicó mucho más su situación, pues el 27 de septiembre de 2019 presentó nuevamente asfixia y convulsiones.

5. La asfixia perinatal ocasionada a la menor BRIANNA NICOLL no era leve ni moderada, es clasificada como SEVERA, toda vez que le generó encefalopatía, microcefalia y convulsiones recurrentes, que requerían de los médicos tratantes especial cuidado y atención.
6. El daño padecido de manera vitalicia por la menor BRIANNA NICOLL es absolutamente responsabilidad del Hospital San Juan de Dios.

En este orden de ideas, se acreditan todos los elementos de la responsabilidad.

#### **Frente a la pérdida de oportunidad tenemos:**

El H. Consejo de Estado, ha establecido los requisitos para que se configure la responsabilidad del Estado por pérdida de oportunidad, en reciente pronunciamiento señaló:

*"(...) Se consideran como elementos esenciales para su configuración que haya i) certeza acerca de la existencia de una oportunidad legítima, que sea seria, verídica, real y actual; ii) imposibilidad concluyente de obtener el provecho o evitar el detrimento y iii) que la víctima se encontrara en una situación fáctica y jurídicamente idónea para obtener el resultado esperado.*

*"(...) La jurisprudencia de esta Sala de Sección ha estimado que la pérdida de oportunidad constituye un daño de naturaleza autónoma, al considerar que "se ubica en el campo del daño - sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, resulta ser un perjuicio autónomo". (...) Así mismo, se reitera que el reconocimiento de la pérdida de oportunidad como daño autónomo corresponde a (...) aquellos casos en los que cobra mayor fuerza la incertidumbre acerca del beneficio que pudo obtener la víctima, que la prueba del nexo causal entre la pérdida de oportunidad y la actuación de la Administración. (...)”<sup>6</sup>*

En este contexto, es procedente el reconocimiento de dicho perjuicio solicitado en la presente solicitud a favor de la joven BRIANNA NICOLL y sus padres, toda vez que les fue arrebatada la oportunidad de llevar una vida normal.

Finalmente frente a los daños convencional y constitucionalmente protegidos tenemos que los criterios para tasar el **daño** y el fin de reparar el mismo es el de restablecer plenamente a la víctima en el ejercicio de sus derechos, valga decir, en la medida de lo posible, regresar todo a su estado natural como si jamás se hubiese generado el daño, razón por la cual las medidas de reparación no pecuniarias son preferentes respecto a las pecuniarias, pues estas últimas deben otorgarse de forma excepcional, solo cuando las primeras no sean posibles, suficientes o adecuadas para resarcir el daño y que en el evento de optarse por la medida de reparación pecuniaria, esta solo se dará en favor de la víctima directa hasta por un valor máximo de 100 SMLMV, siempre y cuando no se hubiese reconocido rubro alguno

<sup>6</sup> Ver sentencia del H. Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección A del 1 de octubre de 2018 dictada dentro del proceso 13001-23-31-000-2005-00944-01 (46375).

por concepto de daño a la salud, lo que quiere decir que el **daño a bienes convencional y constitucionalmente protegidos** cuando se pretenda reparar pecuniariamente y el **daño a la salud** se excluyen entre sí.

De otra parte, referente a las características de este tipo de perjuicios y la forma de repararlos, debe precisarse que no es necesario que su indemnización haya sido solicitada expresamente, ya que el Juez tiene el deber de ordenar su reparación en los eventos en que lo encuentre acreditado, valga decir, opera de manera oficiosa.

Siendo así, al verificarse la afectación a bienes constitucionalmente amparados, y toda vez que, en primer término, no existe forma no pecuniaria de reparar tal vulneración y en segundo lugar, en el presente asunto no se solicita indemnización alguna por daño a la salud a favor de los demandantes Milexis Andreina Diaz Rada y Victor Hugo Belalcazar Alban, a efectos de resarcir el daño generad la entidad demandada deberá pagar el equivalente a cien (100) SMMLV para cada uno

#### **CAPITULO IV. PRUEBAS DOCUMENTALES**

- Copia de Caratula de la demanda.
- Poder otorgado por los demandantes al apoderado principal que lo faculta para actuar en la presente demanda.
- Copia de las cédulas y registros civiles de nacimiento de los demandantes.
- Copia de las historias clínicas.
- Copia de derecho de petición dirigido el 12 de Agosto del 2024 al Hospital San Juan de Dios.
- Copia de la Respuesta al derecho de petición de fecha 09 de Septiembre del 2024.
- Copia de los resultados del examen de genética.
- Copia de las imágenes de la niña.
- Copia del fallo de tutela de primera instancia
- Copia del Certificado de existencia y Representación del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS y la aseguradora EQUIDAD SEGUROS.
- Copia de la Póliza de Seguros.
- Copia del acta de no conciliación.
- Copia de la constancia de no conciliación.
- Copia de las peticiones dirigidas a los testigos técnicos para que aporten sus correos electrónicos.
- Copia de la historia clínica de la cirugía craneosinostosis.

#### **DECLARACIÓN DE PARTE**

Por ser conducente y pertinente sírvase su señoría decretar la declaración de **VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN Y MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA**, padres de la víctima directa quienes declararan sobre todo lo que les conste de los hechos narrados en la demanda en especial todo lo concerniente a los controles prenatales realizados a la señora Milexis Andreina Diaz Rada y todo su proceso de gestación.



### **TESTIMONIOS TECNICOS**

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 220 del Código General del Proceso, por ser conducente y pertinente, sírvase su señoría decretar los **testimonios técnicos** de los doctores:

- Gustavo A. Perdomo Ginecología y Obstetricia quien para la fecha de los hechos laboraba en el Hospital Carlos Holmes Trujillo Cali - Valle, el objeto de este testimonio es acreditar las atenciones brindadas a la señora Milexis Andreina Diaz Rada, en su control prenatal y los factores de riesgo por los cuales da orden de parto para nivel II, y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar en que ocurrieron los hechos debatidos.
- Los testimonios de los médicos Olga Lucia Cuero Vidal, Sandra Patricia Moreno Aguilar, María Adelaida Vélez G. y Smith Carrillo Baquero. quien para la fecha de los hechos laboraban en el Hospital San Juan de Dios - Cali Valle, así mismo a los galenos Jaime Alberto Bastidas Rosero quien laboraba para la fecha de los hechos en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios; finalmente a los médicos Cesar Humberto Varón Grajales y Diego José Caycedo García, quienes laboraban para la fecha de los hechos en la Fundación Clínica Infantil Club Noel.

Los anteriores médicos, declararan sobre todo lo que les conste de los hechos narrados en la demanda de acuerdo a las atenciones por ellos brindadas a Milexis Andreina Diaz Rada y la menor Brianna Nicol durante el proceso de gestación, parto y pos - parto de esta última; Sírvase su señoría decretar los testimonios como testigos técnicos quienes de acuerdo a sus especiales conocimientos en la medicina, responderán el interrogatorio a realizar en su momento procesal, en el cual se les permita revisar la historia clínica y escrito de demanda.

Los doctores en mención podrán ser citados a través del suscrito, quien ya realizó la petición respectiva solicitando sus correos electrónicos para la realización de la audiencia virtual respectiva.

### **TESTIMONIOS**

Por ser conducente y pertinente sírvase su señoría decretar los **testimonios** de **Luz Angela Gil Osorio** identificada con cedula de ciudadanía Nro.31.528.081 de Jamundí Valle, celular 3137005523 y correo electrónico; [angelago1720@gmail.com](mailto:angelago1720@gmail.com), - **Julian Andres Certuche Muñoz** identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1.112.472.165 de Jamundí, celular, 3186896814 y correo electrónico; [certuchemunozjulianandres@gmail.com](mailto:certuchemunozjulianandres@gmail.com), y **Evelin Dayana Alban Muñoz** identificada con cedula de ciudadanía Nro.1.107.512.136, celular 3105975115 y correo electrónico; [evelinlamejor@hotmail.com](mailto:evelinlamejor@hotmail.com).

Los testigos declararan sobre todo lo que les conste de los hechos narrados en la demanda en especial de las relaciones de afecto y cosanguineas de los demandantes y las aflicciones y sufrimientos padecidos en virtud del daño ocasionado a la víctima directa.

### **PERICIAL**

Sírvase su señoría decretar el dictamen pericial de genética aportado con la presentación de la demanda y realizado por la Fundación infantil club Noel y la sociedad "FLEURY MEDICINA E SAUD" mediante el cual se concluyó que las patologías ocasionadas a la menor BRIANNA NICOL no eran congénitas.

Sírvase su señoría citar al doctor Jose Maria Satizabal Soto Genetista de la Fundación Clínica Infantil Club Noel, para que exponga las conclusiones del aludido dictamen.

#### **CAPITULO V. ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA**

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 25 de la Ley 1564 de 2012, el proceso en referencia es de mayor cuantía, toda vez que excede de 150 SMMLV el monto de todas las pretensiones de la demanda: perjuicios extra-patrimoniales 1700 SMMLV y \$ 437.513.867,6 por concepto de perjuicios patrimoniales.

#### **CAPITULO VI. COMPETENCIA.**

Por el factor territorial y la cuantía, Juzgados Civiles del Circuito de Santiago de Cali (Valle) teniendo en cuenta que los hechos ocurrieron en el Municipio de Santiago de Cali.

#### **CAPITULO VII ANEXOS.**

1.- Los documentos relacionados en el acápite de pruebas

#### **CAPITULO VIII. JURAMENTO**

- Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que no se han presentado demandas en contra del Hospital San Juan de Dios y la aseguradora Equidad Seguros por estos hechos.
- El inciso final del artículo 206 de la Ley 1564 de 2012 dispone que: *"El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz."* (subrayado fuera del texto) Se debe tener en cuenta que quien reclama las pretensiones indemnizatorias de índole patrimonial a través de su madre, es la menor Brianna Nicol, víctima directa del daño; quien es una incapaz por su corta edad y también por el daño ocasionado en su humanidad de manera irreparable que le impide auto-determinarse en su esfera privada y cotidiana tal como se demostrará en el transcurso del proceso, por tanto, el juramento estimatorio no aplica.
- En gracia discusión, el juramento estimatorio se realiza por el valor aproximado de las pretensiones materiales que corresponde al lucro cesante consolidado y futuro teniendo en cuenta el daño irreparable ocasionado a la menor **BRIANNA NICOLL**, esto es, **\$ 437.513.867,6**, el cual se encuentra debidamente cuantificado en la demanda.



## CAPITULO IX. NOTIFICACIONES.

### Los demandantes y Apoderados:

- En la carrera 4 N° 8 – 63 edificio “Josenao” Oficina 302 – C, Celular: 315 271 04 75 o por medio de correo electrónico; [asesorialegaldedepartamento@gmail.com](mailto:asesorialegaldedepartamento@gmail.com)  
[notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com](mailto:notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com)  
[gestorinternacional@mbasesoreslegales.com](mailto:gestorinternacional@mbasesoreslegales.com)
- **ADALGISA ALBAN FATIMA**, recibirá notificación en la Carrera 30 Nro. 48 – 62 Barrio Laureano Gómez de Cali - Valle, con número telefónico 318 239 42 54 y correo electrónico;
- **VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN** actuando en representación de su hija menor Ailyn Stefania Belalcazar Urrea, recibirá notificación en la Carrera 30 Nro. 48 – 62 Barrio Laureano Gómez de Cali - Valle, con número telefónico 312 631 77 53 y correo electrónico; [albanvictorhugo@gmail.com](mailto:albanvictorhugo@gmail.com)
- **MAURY AMADA RADA ROJAS** actuando en representación de su hija menor Ailyn Stefania Belalcazar Urrea, recibirá notificación en la Carrera 30 Nro. 48 – 62 Barrio Laureano Gómez de Cali – Valle, con número telefónico 312 631 77 53 y correo electrónico; [mauryrad6@gmail.com](mailto:mauryrad6@gmail.com)
- **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA** actuando en representación de su hija menor Brianna Nicoll Belalcazar Díaz recibirá notificación en la Carrera 30 Nro. 48 – 62 Barrio Laureano Gómez de Cali – Valle, con número telefónico 312 631 77 53 y correo electrónico; [milexis@gmail.com](mailto:milexis@gmail.com)

### Los demandados:

- **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS** en la Carrera 4 Nro. 17 – 67 Comuna 3, teléfono 602 489 22 22 o por medio de correo electrónico; [juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co).
- **LA ASEGURADORA EQUIDAD SEGUROS GENERALES CON NIT 860.028.415-5** en la Carrera 9 A Nro. 99-07 Piso 12,13,14,15, Bogotá D.C., Teléfono 601 91721 27 y correo electrónico; [notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop),

Del señor Juez, sin que sean necesario más argumentos, respetuosamente se suscribe,

FIRMA DIGITAL

OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO.

C.C. N° 1.144.125.296

T.P. N° 256.235 del C.S. de la J.

Santiago de Cali, Once (11) de Diciembre de Dos Mil Veinticuatro (2024).

Honorable Doctora

**MONICA MARIA MEJIA ZAPATA**

Juez Catorce (14) Civil del Circuito Judicial  
La Ciudad.

Acción:	VERBAL DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL
RADICADO:	76001310301420240032200
DEMANDANTES:	ADALGISA ALBAN FATIMA y OTROS.
DEMANDADOS:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y OTRO
REFERENCIA:	APORTO PODERES SE PONE EN CONOCIMIENTO

Cordial Saludo,

**OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO** identificado con C.C. N° 1.144.125.296 y T.P N° 256.235 del C.S. de la J. actuando en calidad de apoderado judicial de los DEMANDANTES, me permito aportar los poderes conferidos mediante correo electrónico, para representarlos en el proceso de la referencia, de conformidad con lo establecido en el Artículo 5 de la Ley 2213 del 2022.

**Anexo:**

- Copia de pantallazo de los PODERES conferidos por los demandantes

Agradezco su atención y colaboración

De usted señor Juez, cordialmente,



FIRMA DIGITAL

**OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO**

C.C. N° 1.144.125.296

T.P N° 256.235 del C.S. de la J.





Notificaciones MB &lt;notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com&gt;

**CONFIERO PODER ADALGISA**

1 mensaje

Mágnun 357 &lt;nicollbrianna816@gmail.com&gt;

10 de diciembre de 2024, 17:28

Para: "notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com" &lt;notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com&gt;

Señor

**JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL – (REPARTO)**

E. S. D.

ADALGISA ALBAN FÁTIMA por medio del presente documento manifiesto que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **Omer Jeiner Mosquera Bejarano** identificado con C.C. N° 1.144.125.296 y T.P. N° 256.235 del C.S. de la J., y **Jaime Alexander Marmolejo Grisales** identificado con C.C. N° 1.144.035.103 y T.P. N° 262.260 del C.S. de la J., para que en mi nombre y representación inicie y lleve hasta su culminación demanda VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL en contra del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI - VALLE y LA ASEGURADORA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES con NIT 860028415 con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños materiales e inmateriales causados con la falla en el servicio médico en la atención brindada a BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ nacida el 26 de Septiembre del 2019 vía cesárea de urgencia sufriendo paro respiratorio, retraso mental permanente y deformidad física de carácter permanente, en virtud del diagnóstico de encefalopatía, microcefalia y convulsiones recurrente, realizado por las entidades demandadas, el cual, quedó descartado con la prueba de genética realizada a la menor.

Mi apoderado queda facultado para recibir, cobrar, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, realizar los trámites administrativos de ejecución y cobro, y en general todas las facultades tendientes al cumplimiento del presente mandato estipulados en el artículo 77 de la ley 1564 de 2012.

De conformidad con lo ordenado en el artículo 5 de la Ley 2213 del 2022, manifiesto que recibiré notificaciones en el correo electrónico; [nicollbrianna816@gmail.com](mailto:nicollbrianna816@gmail.com)

Adicional a lo anterior mis apoderados las recibirán en las siguientes direcciones:

- [notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com](mailto:notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com)
- [asesorialegaldedepartamento@gmail.com](mailto:asesorialegaldedepartamento@gmail.com)
- [gestorinternacional@mbasesoreslegales.com](mailto:gestorinternacional@mbasesoreslegales.com)

De usted señor Juez, atentamente,

ADALGISA ALBA FATIMA

FIRMA DIGITAL

ADALGISA ALBAN FATIMA  
C.C. N° 31.532.889 DE JAMUNDÍ

Acepto,



FIRMA DIGITAL

OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO.  
C.C. N° 1.144.125.296  
T.P. N° 256.235 del C.S. de la J.



FIRMA DIGITAL

JAIME ALEXANDER MARMOLEJO GRISALES  
C.C. N° 1.144.035.103  
T.P. N° 262.260 del C.S. de la J.





Notificaciones MB &lt;notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com&gt;

**PODER MILEXIS ANDREINA**

1 mensaje

**Milexis Diaz** <diazmilexis@gmail.com>

Para: notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com

11 de diciembre de 2024, 15:17

Señor

**JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL – (REPARTO)**

E. S. D.

MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA actuando en nombre propio y en representación de mi hija menor BRIANNA NICOLL BELALCAZAR-DIAZ por medio del presente documento manifestamos que conferimos poder especial amplio y suficiente a los Doctores **Omer Jeiner Mosquera Bejarano** identificado con C.C. N° 1.144.125.296 y T.P. N° 256.235 del C.S. de la J., y **Jaime Alexander Marmolejo Grisales** identificado con C.C. N° 1.144.035.103 y T.P. N° 262.260 del C.S. de la J., para que en nuestro nombre y representación inicie y lleve hasta su culminación demanda VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL en contra del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI - VALLE y LA ASEGURADORA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES con NIT 860028415 con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños materiales e inmateriales causados con la falla en el servicio médico en la atención brindada a BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ nacida el 26 de Septiembre del 2019 vía cesárea de urgencia sufriendo paro respiratorio, retraso mental permanente y deformidad física de carácter permanente, en virtud del diagnóstico de encefalopatía, microcefalia y convulsiones recurrente, realizado por las entidades demandas, el cual, quedó descartado con la prueba de genética realizada a la menor.

Mi apoderado queda facultado para recibir, cobrar, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, realizar los trámites administrativos de ejecución y cobro, y en general todas las facultades tendientes al cumplimiento del presente mandato estipulados en el artículo 77 de la ley 1564 de 2012.

De conformidad con lo ordenado en el artículo 5 de la Ley 2213 del 2022, manifiesto que recibiremos notificaciones en el correo electrónico; [diazmilexis@gmail.com](mailto:diazmilexis@gmail.com)

Adicional a lo anterior mis apoderados las recibirán en las siguientes direcciones:

- [notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com](mailto:notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com)
- [asesorialegaldedepartamento@gmail.com](mailto:asesorialegaldedepartamento@gmail.com)
- [gestorinternacional@mbasesoreslegales.com](mailto:gestorinternacional@mbasesoreslegales.com)

De usted señor Juez, atentamente,

  
FIRMA DIGITAL

MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA

C.C. N° 4.896.451

Acepto,

  
FIRMA DIGITAL

OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO.

C.C. N° 1.144.125.296

T.P. N° 256.235 del C.S. de la J.

  
FIRMA DIGITAL

JAIME ALEXANDER MARMOLEJO GRISALES

C.C. N° 1.144.035.103

T.P. N° 262.260 del C.S. de la J.





Notificaciones MB &lt;notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com&gt;

**CONFIERO PODER**

1 mensaje

**Maury Rad** <mauryrad6@gmail.com>

10 de diciembre de 2024, 16:09

Para: "notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com" &lt;notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com&gt;

Señor

**JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL – (REPARTO)**

E. S. D.

MAURY AMADA RODA ROJAS, por medio del presente documento manifiesto que confiero poder especial amplio y suficiente a los Doctores **Omer Jeiner Mosquera Bejarano** identificado con C.C. N° 1.144.125.296 y T.P. N° 256.235 del C.S. de la J., y **Jaime Alexander Marmolejo Grisales** identificado con C.C. N° 1.144.035.103 y T.P. N° 262.260 del C.S. de la J., para que en mi nombre y representación inicie y lleve hasta su culminación demanda VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CALI - VALLE y LA ASEGURADORA EQUIDAD SEGUROS GENERALES con NIT 860028415 con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños materiales e inmateriales causados con la falla en el servicio médico en la atención brindada a BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ nacida el 26 de Septiembre del 2019 vía cesárea de urgencia sufriendo paro respiratorio, retraso mental permanente y deformidad física de carácter permanente, en virtud del diagnóstico de encefalopatía, microcefalia y convulsiones recurrente, realizado por las entidades demandas, el cual, quedó descartado con la prueba de genética realizada a la menor.

Mi apoderado queda facultado para recibir, cobrar, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, realizar los trámites administrativos de ejecución y cobro, y en general todas las facultades tendientes al cumplimiento del presente mandato estipulados en el artículo 77 de la ley 1564 de 2012.

De conformidad con lo ordenado en el artículo 5 de la Ley 2213 del 2022, manifestamos que recibiremos notificaciones en el correo electrónico [mauryrad6@gmail.com](mailto:mauryrad6@gmail.com)

Adicional a lo anterior mis apoderados las recibirán en las siguientes direcciones:

- [notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com](mailto:notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com)
- [asesorialegaldedepartamento@gmail.com](mailto:asesorialegaldedepartamento@gmail.com)
- [gestorinternacional@mbasesoreslegales.com](mailto:gestorinternacional@mbasesoreslegales.com)

De usted señor Juez, atentamente,



FIRMA DIGITAL

MAURY AMADA RODA ROJAS  
C.C. N° 5291147

Acepto,



FIRMA DIGITAL

OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO.  
C.C. N° 1.144.125.296  
T.P. N° 256.235 del C.S. de la J.



FIRMA DIGITAL

JAIME ALEXANDER MARMOLEJO GRISALES  
C.C. N° 1.144.035.103  
T.P. N° 262.260 del C.S. de la J.





Notificaciones MB &lt;notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com&gt;

**CONFIERO PODER VICTOR HUGO**

1 mensaje

Victor H &lt;albanvictorhugo@gmail.com&gt;

11 de diciembre de 2024, 14:56

Para: "notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com" &lt;notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com&gt;

Señor

**JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL – (REPARTO)**

E. S. D.

VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN actuando en nombre propio y en representación de mi hija menor AILYN STEFANIA BELALCAZAR URREA por medio del presente documento manifestamos que conferimos poder especial amplio y suficiente a los Doctores **Omer Jeiner Mosquera Bejarano** identificado con C.C. N° 1.144.125.296 y T.P. N° 256.235 del C.S. de la J., y **Jaime Alexander Marmolejo Grisales** identificado con C.C. N° 1.144.035.103 y T.P. N° 262.260 del C.S. de la J., para que en nuestro nombre y representación inicie y lleve hasta su culminación demanda VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en contra del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI - VALLE y LA ASEGURADORA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES con NIT 860028415 con el fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños materiales e inmateriales causados con la falla en el servicio médico en la atención brindada a BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ nacida el 26 de Septiembre del 2019 vía cesárea de urgencia sufriendo paro respiratorio, retraso mental permanente y deformidad física de carácter permanente, en virtud del diagnóstico de encefalopatía, microcefalia y convulsiones recurrente, realizado por las entidades demandadas, el cual, quedó descartado con la prueba de genética realizada a la menor.

Mi apoderado queda facultado para recibir, cobrar, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, realizar los trámites administrativos de ejecución y cobro, y en general todas las facultades tendientes al cumplimiento del presente mandato estipulados en el artículo 77 de la ley 1564 de 2012.

De conformidad con lo ordenado en el artículo 5 de la Ley 2213 del 2022, manifiesto que recibiremos notificaciones en el correo electrónico; [albanvictorhugo@gmail.com](mailto:albanvictorhugo@gmail.com)

Adicional a lo anterior mis apoderados las recibirán en las siguientes direcciones:

- [notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com](mailto:notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com)
- [asesorialegaldedepartamento@gmail.com](mailto:asesorialegaldedepartamento@gmail.com)
- [gestorinternacional@mbasesoreslegales.com](mailto:gestorinternacional@mbasesoreslegales.com)

De usted señor Juez, atentamente,



FIRMA DIGITAL

---

VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN  
C.C. N° 1.112.470.404 de Jamundí

Acepto,



FIRMA DIGITAL

---

OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO.  
C.C. N° 1.144.125.296  
T.P. N° 256.235 del C.S. de la J.



FIRMA DIGITAL

---

JAIME ALEXANDER MARMOLEJO GRISALES  
C.C. N° 1.144.035.103  
T.P. N° 262.260 del C.S. de la J.



PACIENTE: BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ		IDENTIFICACION: RC 1232809933		HC: 1232809933 - RC	
FECHA DE NACIMIENTO: 26/9/2019		EDAD: 1 años 4 mes(es)		SEXO: F	
RESIDENCIA: CR 30D N. 48-62 CALI		VALLE DEL CAUCA-CALI		TIPO AFILIADO: Beneficiario	
NOMBRE ACOMPAÑANTE: MILEXIS ANDREINA DIAZ		PARENTESCO:		TELEFONO: 3126317753-3127060695	
FECHA INGRESO: 11/2/2021 - 10:16:20		FECHA EGRESO: 11/2/2021 - 11:18:21		CAMA:	
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA		SERVICIO: AMBULATORIO			
CLIENTE: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.		PLAN: COOSALUD REGIMEN SUBSIDIADO 2019			

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2021-02-11	<p><b>11:08 DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO)</b></p> <p><b>MOTIVO DE CONSULTA :</b> CONTROL POP DE CORRECCION DE CRANEOSINOSTOSIS</p> <p><b>ENFERMEDAD ACTUAL :</b> OPERADA HACE 4 MESES CON CRANEOPLASTIA Y RECONSTRUCCION CRANEAL</p>

#### ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES			
QUIRURGICOS	OP	DETALLE	OCULT.
Quirurgicos		SI CORRECCION CRANEOSINOSTOSIS	<input type="checkbox"/>

#### EXAMEN FISICO/MENTAL

USUARIO		FECHA	
DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO)		2021-02-11	
TIPO SISTEMA	VALORACION	HALLAZGO	
Nervioso Central y Periferico	ANORMAL	MICROCEFALIA	
Cabeza y Cuello	ANORMAL	NORMOCEFALO	

#### DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DESCRIPCION DX	ESTADO
Z988	CONFIRMADO NUEVO	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS		

#### ORDENES MEDICAS

FECHA	USUARIO	HORA	DESCRIPCION
2021-02-11	DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO)	11:13	SE SOLICITA TOMOGRAFIA CON RECONSTRUCCION 3 D
		11:16	Solicitud Apoyo Dx: TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL **Cantidad: 1 **Obs: SE SOLICITA TOMOGRAFIA DE CRANEO CON RECONSTRUCCION 3 D SIN CONTRASTE Y BAJO SEDACION
		11:17	Solicitud Proc No Qx: 890226-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA **Obs: VALORACION PARA SEFDACION DE TOMOGRAFIA
		11:18	Solicitud Proc No Qx: 890339-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA **Obs: CITA ABIERTA DR DIEGO CAYCEDO

# **APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS**

AGNO	DESCRIPCION	FECHA/HORA EVOLUCION
879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	2021-02-11 11:05
AGENOLOGIA RADIOLOGICA	Solicitado por <b>DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO)</b>	
	Observacion <b>SE SOLICITA TOMOGRAFIA DE CRANEO CON RECONSTRUCCION 3 D SIN CONTRASTE Y BAJO SEDACION</b>	
Diagnosticos Presuntivos	PRIMARIO TIPO DX CODIGO DIAGNOSTICO DX 1 CN Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS (ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA (CV) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO	
<b>SOLICITUD AMBULATORIA</b>		

## **SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	895339	CONSULTA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUJIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	1
	OBSERVACION	CITA ABIERTA POR DIEGO JOSE CAYCEDO	
	DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO TIPO DX CODIGO DIAGNOSTICO <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	
	SOLICITUD AMBULATORIA	SE	
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	895226	CONSULTA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	1
	OBSERVACION	CITA ABIERTA POR DIEGO JOSE CAYCEDO	
	DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO TIPO DX CODIGO DIAGNOSTICO <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	
	SOLICITUD AMBULATORIA	SE	

ORIGEN DE LA ATENCION

Enfermedad general

FINALIDAD DE LA ATENCION

No aplica

## **DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS**

CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	PRINCIPAL
Z988	IMPRESION DIAGNOSTICA	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	<input checked="" type="checkbox"/>

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION





Club Noel

## HISTORIA CLINICA

PACIENTE: BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ	IDENTIFICACION: RC 1232809933	HC: 1232809933 - RC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/9/2019	EDAD: 2 años 0 mes(es)	SEXO: F
RESIDENCIA: CRA 30D #48-62 CALI	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO: Beneficiario
NOMBRE ACOMPAÑANTE: MILEXIS ANDREINA DIAZ	PARENTESCO:	TELEFONO: 3127060695
FECHA INGRESO: 14/10/2021 - 10:15:06	FECHA EGRESO: 14/10/2021 - 11:20:59	TELEFONO:
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA	SERVICIO: AMBULATORIO	CAMA:
CLIENTE: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	PLAN: COOSALUD REGIMEN SUBSIDIADO 2019	

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2021-10-14	11:18 DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO) MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL DEFORMIDAD CRANEAL ENFERMEDAD ACTUAL : OPERADA HACE 1 AÑO CON BUENA EVOLUCION NORMOCEFALA TRAE TOMOGRAFIA PARA CONTROL

ANTECEDENTES PERSONALES			
ANTECEDENTES			
QUIRURGICOS	OP	DETALLE	OCULT.
QUIRURGICOS		SI CRANEOPLASTIA	<input type="checkbox"/>
PATOLOGICOS	OP	DETALLE	OCULT.
GENETICAS		SI DEFORMIDAD CRANEAL	<input type="checkbox"/>

EXAMEN FISICO/MENTAL			
USUARIO		FECHA	
DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO)		2021-10-14	
TIPO SISTEMA	VALORACION	HALLAZGO	
Cabeza y Cuello	ANORMAL	CICATRIZ CUERO CABELLUDO	

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DESCRIPCION DX
2988	CONFIRMADO NUEVO	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	ESTADO

ORDENES MEDICAS			
FECHA	USUARIO	HORA	DESCRIPCION
2021-10-14	DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO)	11:19	CITA CONTROL EN 1 AÑO
		11:20	Solicitud Proc No Qx: 890339-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA **Obs: CITA CONYNTROL EN 1 AÑO DR DIEGO CAYCEDO

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS			
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	1
	OBSERVACION	CITA CONYNTROL EN 1 AÑO DR DIEGO CAYCEDO	
	DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO TIPO DX CODIGO DIAGNOSTICO	
	SOLICITUD AMBULATORIA	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	

## HISTORIA CLINICA

PACIENTE: BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ	IDENTIFICACION: RC 1232809933	HC: 1232809933 - RC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/9/2019	EDAD: 2 años 0 mes(es)	SEXO: F TIPO AFILIADO: Beneficiario
RESIDENCIA: CRA 300 #48-62 CALI	VALLÉ DEL CAUCA-CALI	TELEFONO: 3126317753-3127060695
NOMBRE ACOMPAÑANTE: MILEXIS ANDREINA DIAZ	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 14/10/2021 - 10:15:06	FECHA EGRESO: 14/10/2021 - 11:20:59	CAMA:
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA	SERVICIO: AMBULATORIO	
CLIENTE: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	PLAN: COOSALUD REGIMEN SUBSIDIADO 2019	

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general
-----------------------	--------------------

FINALIDAD DE LA ATENCION	No aplica
--------------------------	-----------

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	PRINCIPAL
2988	IMPRESION DIAGNOSTICA	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	<input checked="" type="checkbox"/>

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION



Dr. Diego J Caycedo G  
Cirujano Plástico - Cirujano General  
CC 16631484 / TP 18497 / AS

PROFESIONAL: DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA  
CC - 16631484 TP. 18497-85  
ESPECIALIDAD: CIRUJANO PLASTICO

Imprimió: APRENDIZ IMAGENOLOGIA - pracimagen

Fecha Impresión: 2021/10/14 - 11:32:33

**\*\* Documento firmado digitalmente \*\***



SOLICITUD DE ORDENES MEDICAS



DATOS PACIENTE

INGRESO	1537088	FECHA INGRESO	2021-10-14 10:15
CUENTA	1563155		
PACIENTE	RC 1232809933		BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ
EDAD	2 Años		
DIRECCION	CRA 30D #48-62 CALI	TELEFONO	3126317753-3127060695
ENTIDAD	NIT 900226715		COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.
PLAN	COOSALUD REGIMEN SUBSIDIADO 2019		

5856209 - 2021-10-14 11:20 - 890339 - (1) CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA

Observacion: CITA CONYTRON EN 1 AÑO DR DIEGO CAYCEDO

PROFESIONAL: DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA  
CC - 16631484 - CIRUJANO PLASTICO  
TP 18497-85

\*\* Documento firmado digitalmente \*\*

Septiembre 2022

http://10.230.40.3/SIIS/cache/v2XtN4.html



## HISTORIA CLINICA

ACIENTE: BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ	IDENTIFICACION: RC 1232809933	HC: 1232809933 - RC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/9/2019	EDAD: 3 años 4 mes(es)	SEXO: F
RESIDENCIA: CRA 300 #48-62 CALI	Cokimba / VALLE DEL CAUCA / CALI	TIPO AFILIADO: Beneficiario
NOMBRE ACOMPAÑANTE: MILEXIS ANDREA DIAZ	PARENTESCO:	TELEFONO: 3126317753-3127060695
FECHA INGRESO: 2/2/2023 - 10:59:47	FECHA EGRESO: 2/2/2023 - 11:30:03	TELEFONO:
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA	SERVICIO: AMBULATORIO	CAMA:
CLIENTE: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	PLAN: COOSALUD REGIMEN SUBSIDIADO 2019	

PROFESIONAL: DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA  
C.C. - 16631484 TP. 18497-85  
ESPECIALIDAD: CIRUJANO PLASTICO

Imprimió: CAROL DANIELA GARCÉS AMBULA - cgarces

Fecha Impresión: 2023/2/2 - 11:37:00

**\*\* Documento firmado digitalmente \*\***





Club Noel

## HISTORIA CLINICA

PACIENTE: BRIANNA NE DEL REAL AZAR (NA)  
 FECHA DE NACIMIENTO: 26-9-2019  
 RESIDENCIA: C/CA LUD BAR P2 (CA)  
 NOMBRE ACOMPAÑANTE: MELVIN ANDREW NAJIAZ  
 FECHA INGRESO: 22-02-2023 11:30 AM  
 DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA  
 CLIENTE: CONSULTA EXTERNA PROMOTORA DE SALUD SA

IDENTIFICACION: R: 121289991  
 EDAD: 3 años 3 meses  
 SEXO: F  
 PARENTESCO:  
 FECHA EGRESO: 22-02-2023 11:30 AM  
 SERVICIO: AMBULATORIO  
 PLAN: CONSULTA EXTERNA SUBSECUENTE 2019

HC: 121289991-001  
 TIPO AFILIADO: Paciente  
 TELEFONO: 1127111111 1127 111111  
 TELEFONO:  
 CAMA:

FECHA

MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

2023-02-02

11:20 DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO)  
 MOTIVO DE CONSULTA:  
 CONTROL DE CORRECCION DE CRANEOSINOSTOSIS  
 ENFERMEDAD ACTUAL:  
 PACIENTE OPERADA DE CRANEOSINOSTOSIS AL TAYO DEVIDA, CIRUGIA SIN COMPLICACIONES CON MANEJO DEFISIATRIA DE LOS MIEMBROS INFERIORES Y NEUROLOGIA EN TENDI  
 PROBABLE HIPOXIA NEONATAL

## ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS

ANTECEDENTES

OP

DETALLE

OCCUR

NEUROLOGICO

SI SECUELAS FETOPOXIA NEONATAL

## EXAMEN FISICO/MENTAL

USUARIO

FECHA

DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO)

2023-02-02

TIPO SISTEMA

VALORACION

HALLAZGO

General

ANORMAL

PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS NO DEAMBULA NO SE SIENTA SOLO SE VOLTEA, TAMAÑO PEQUEÑO DEL CARNADO, CON SOBREPESO

## DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DESCRIPCION DX	ESTADO
E660	IMPRESION DIAGNOSTICA	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS		
P284	IMPRESION DIAGNOSTICA	OTRAS APNEAS DEL RECIEN NACIDO		

## ORDENES MEDICAS

FECHA	USUARIO	HORA	DESCRIPCION
2023-02-02	DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA (CIRUJANO PLASTICO)	11:26	SE SOLICITA INTERCONSULTA CON GENETICA
		11:28	Solicitud Proc No Q: 890248- CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA **OBS. DEFINIR SI SU SIGNOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA SE ENCUENTRA ENMARCARA DENTRO DE UN SINDROME Y REALIZAR ELASESORAMIENTO GENETICO CORRESPONDIENTE
		11:29	Solicitud Proc No Q: 890339- CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA **OBS. CITA ABIERTA CON CIRUGIA PLASTICA DR DIEGO CAYCEDO

## SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	1
	OBSERVACION	CITA ABIERTA CON CIRUGIA PLASTICA DR DIEGO CAYCEDO	
	DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO TIPO DX CODIGO DIAGNOSTICO	
		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E660 OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	
	SOLICITUD AMBULATORIA	[ SI ]	
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	1
	OBSERVACION	DEFINIR SI SU SIGNOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA SE ENCUENTRA ENMARCARA DENTRO DE UN SINDROME Y REALIZAR ELASESORAMIENTO GENETICO CORRESPONDIENTE	
	DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO TIPO DX CODIGO DIAGNOSTICO	
		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E660 OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	
	SOLICITUD AMBULATORIA	[ SI ]	

ORIGEN DE LA ATENCION

Enfermedad general

FINALIDAD DE LA ATENCION

No aplica

CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	INDICADOR
P284	IMPRESION DIAGNOSTICA	OTRAS APNEAS DEL RECIEN NACIDO	<input checked="" type="checkbox"/>

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION

Dr. Diego J. Caycedo G.  
 Cirujano Plástico  
 C/CA LUD BAR P2 (CA)

SOLICITUD DE ORDENES MEDICAS



INGRESO	1767715	DATOS PACIENTE	
CUENTA	1804623	FECHA INGRESO	2023-02-02 10 59
PACIENTE	RC 1232809933		
EDAD	3 Años	BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ	
DIRECCION	CRA 30D #48-62 CALI	TELEFONO	3126317753-3127060695
ENTIDAD	NIT 900226715	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	
PLAN	COOSALUD REGIMEN SUBSIDIADO 2019		

6960393 - 2023-02-02 11:28 - 890248 - (1) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA

Observacion: DEFINIR SI SU SIGNOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA SE ENCUENTRA ENMARCADA DENTRO DE UN SINDROME Y REALIZAR ELASESORAMIENTO GENETICO CORRESPONDIENTE

A-001667 5500

6960398 - 2023-02-02 11:29 - 890339 - (1) CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA

Observacion: CITA ABIERTA CON CIRUGIA PLASTICA DR DIEGO CAYCEDO

A001667-3579

Dr. Diego J. Caycedo G  
Ciro. y Plastico. Cirujano General  
CC 18 631 414, TP 18497, 85

PROFESIONAL: DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA  
CC - 18531484 - CIRUJANO PLASTICO  
TP 18497-85

\*\* Documento firmado digitalmente \*\*



Santiago de Cali, Diecisiete (17) de Enero de Dos Mil Veinticinco (2.025).

Señores:

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CALI**

NIT: 8903038418

Carrera 4 Nro. 17 - 67 Comuna 3

Email: [juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co).

Tel: 602 489 22 22

La Ciudad.

<b>Acción:</b>	VERBAL DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL
<b>RADICADO:</b>	76001310301420240032200
<b>DEMANDANTES:</b>	ADALGISA ALBAN FATIMA y OTROS.
<b>DEMANDADOS:</b>	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y OTRO
<b>REFERENCIA:</b>	SOLICITUD CORREO ELECTRÓNICO PARA UNA POSTERIOR CITACIÓN PARA RENDIR TESTIMONIO.

Cordial Saludo,

**OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO** identificado con C.C. N° 1.144.125.296 y T.P N° 256.235 del C.S. de la J., actuando en calidad de apoderado judicial de los **DEMANDANTES**, por medio de la presente me permito se sirva remitir el correo electrónico de los galenos que se relacionan a continuación;

- OLGA LUCIA CUERO VIDAL
- SANDRA PATRICIA MORENO AGUILAR
- MARÍA ADELAIDA VÉLEZ G
- SMITH CARRILLO BAQUERO

Lo anterior información puede ser remitida al correo: [notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com](mailto:notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com), y/o al correo del Juzgado Catorce (14) Civil del Circuito Judicial de Cali - Valle [j14cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j14cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co), con el ánimo de ser notificados del link de conectividad a la audiencia de prueba con la debida antelación de ingreso para rendir testimonio, teniendo en cuenta la importancia procesal de la misma en las results del proceso que se lleva ante el H. Despacho Judicial.

**NOTA: DAR APLICACIÓN A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 21 DE LA LEY 1437 DE 2011 EN EL EVENTO DE NO SER COMPETENTE PARA RESPONDER LA PETICIÓN, EL CUAL A SU TENOR LITERAL REZA:**

*"Si la autoridad a quien se dirige la petición no es la competente, se informará de inmediato al interesado si este actúa verbalmente, o dentro de los cinco (5) días siguientes al de la recepción, si obró por escrito. Dentro del término señalado remitirá la petición al competente y enviará copia del oficio remitido al peticionario o en caso de no existir funcionario competente así se lo comunicará. Los términos para decidir*

*o responder se contarán a partir del día siguiente a la recepción de la Petición por la autoridad competente."*

Con el respeto debido se suscribe,



FIRMA DIGITAL

---

OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO.

C.C. N° 1.144.125.296

T.P. N° 256.235 del C.S. de la J.



**AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL EN DERECHO  
CONSTANCIA DE NO ACUERDO**

**PARTES**

**CONVOCANTES:**

- **ADALGISA ALBAN FATIMA, MAURY AMADA RODA ROJAS** en calidad de abuelas.
- **VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN** padre de **AILYN STEFANIA BELALCAZAR URREA**
- **VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN** y **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA** actuando en representación de su hija menor **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ**

**CONVOCANDO:**

- **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**
- **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**

**AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN**

En Cali, a los veinticinco (25) días del mes de septiembre del año dos mil veinticuatro (2024), siendo las once horas (11:00), en el dominio virtual del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Fundación Alianza Efectiva, se inicia la audiencia de conciliación solicitada por:

- **ADALGISA ALBAN FATIMA, MAURY AMADA RODA ROJAS** en calidad de abuelas.
- **VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN** padre de **AILYN STEFANIA BELALCAZAR URREA**
- **VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN** y **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA** actuando en representación de su hija menor **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ** quien convoca a **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**.

A esta audiencia fueron citados: en calidad de convocante:

- **ADALGISA ALBAN FATIMA, MAURY AMADA RODA ROJAS** en calidad de abuelas.
- **VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN** padre de **AILYN STEFANIA BELALCAZAR URREA**
- **VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN** y **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA** actuando en representación de su hija menor **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ**

Como convocado el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**, quien pidió la vinculación de la **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**.

**ASISTIERON**

1. En Cali, a los dieciséis (16) días del mes de octubre de 2024, siendo las 14:30 se reunieron en el dominio virtual de la Fundación Alianza Efectiva, el Dr. **OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO** identificado con C.C No. 1.144.125.296 y T.P. No. 256.235 del C. S. de la J. en calidad de apoderado de la parte convocante, conforme a poder enviado vía correo electrónico,

**VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho**

- de igual manera asiste la señora **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA** identificada con PTP 4.896.451, madre de la menor **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ** y en calidad de convocado el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS representado por apoderado judicial **LUIS FERNANDO MONTAÑO MARTINEZ** identificado con C.C 16.856.909 y T.P No 52.884 conforme a poder enviado vía correo electrónico, por último actuando como Conciliador designado el **DR. FRANCISCO EMILIO GOMEZ** con CC.No.94. 521. 936 y T.P de abogado No.252.861 del C.S de la Judicatura.
2. En Cali, a los trece (13) días del mes de noviembre de 2024, siendo las 11:00 se reunieron en el dominio virtual de la Fundación Alianza Efectiva, el Dr. **OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO** identificado con C.C No. 1.144.125.296 y T.P. No. 256.235 del C. S. de la J. en calidad de apoderado de la parte convocante, conforme a poder enviado vía correo electrónico, de igual manera asiste la señora **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA** identificada con PTP 4.896.451, madre de la menor **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ** y en calidad de convocado el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS representado por apoderado judicial **LUIS FERNANDO MONTAÑO MARTINEZ** identificado con C.C 16.856.909 y T.P No 52.884 conforme a poder enviado vía correo electrónico, por último, actuando como Conciliador designado el **DR. FRANCISCO EMILIO GOMEZ** con CC.No.94. 521. 936 y T.P de abogado No.252.861 del C.S de la Judicatura.
  3. En Cali, a los veinte (20) días del mes de noviembre de 2024, siendo las 16:00 se reunieron en el dominio virtual de la Fundación Alianza Efectiva, el Dr. **OMER JEINER MOSQUERA BEJARANO** identificado con C.C No. 1.144.125.296 y T.P. No. 256.235 del C. S. de la J. en calidad de apoderado de la parte convocante, conforme a poder enviado vía correo electrónico, de igual manera asiste la señora **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA** identificada con PTP 4.896.451, madre de la menor **BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ** y en calidad de convocado el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS y como garantía **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** representada por el apoderado judicial **HECTOR MAURICIO GALVIS ALZATE**, identificado con Cédula No. 79.790.534 y T.P. No. 123.106 de C. S de la J., conforme a poder enviado vía correo electrónico, por último, actuando como Conciliador designado el **DR. FRANCISCO EMILIO GOMEZ** con CC.No.94. 521. 936 y T.P de abogado No.252.861 del C.S de la Judicatura.

#### **OBJETO DE LA AUDIENCIA:**

Presentar responsabilidad extracontractual contra el Hospital San Juan de Dios a fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños materiales e inmateriales causados en virtud de la indebida atención médica brindada al parto de la señora Milexis Andreina Díaz Rada que derivó en una asfisia perinatal y otros daños neurológicos permanentes de su hija Brianna Nicoll Belalcázar Díaz.

1. QUE SE DECLARE administrativa y extracontractualmente responsable, al Hospital San Juan de Dios de los perjuicios causados a los demandantes con motivo de la falla en el servicio médico expuesta en líneas anteriores.



Como consecuencia de la anterior declaración, se solicita:

- 1.1 CONDENAR AL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO DE CALI, a pagar, por concepto **perjuicios morales** ocasionados a los demandantes el equivalente a cien (100) SMMLV para cada uno. Para la señora MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA y VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN en calidad de padres de la menor BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ se solicita un valor adicional de cien (100) SMMLV más para cada uno, teniendo en cuenta el grave daño padecido de manera permanente por su hija y la grave afectación que ello generó en su vida, sentimientos y emociones.
- 1.2 ADALGISA ALBAN FATIMA, MAURY AMADA FTADA ROIAS Y AILYN STEFANIA BELALCAZAR URREA el equivalente a cien (100) SMMLV, para cada una, en sus calidades de abuela y hermana, respectivamente, de la menor BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ.
- 1.3 Para VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA V BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ el equivalente a doscientos (200) SMMLV, para cada uno.
- 1.4 **TOTAL DE PERJUICIOS MORALES: NOVECIENTOS (900) SMMLV**
2. Por concepto de daño a la salud generado a BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ el equivalente a doscientos (200) SMMLV teniendo en cuenta que el daño que se le generó es de carácter permanente e irreversible.
  - 2.1 CONDENAR al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO DE CALI a pagar por el daño de pérdida de oportunidad de llevar una vida normal y autónoma a BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ, el equivalente a doscientos (200) SMMLV.
  - 2.2 Por concepto de perjuicios morales por el daño de pérdida de oportunidad de llevar una vida normal ocasionado a la menor BRIANNA NICOLL, sufridos por sus padres MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA Y VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN, el equivalente a cien (100) SMMLV para cada uno.
3. DAÑO A BIENES CONVENCIONAL Y CONSTITUCIONALMENTE PROTEGIDOS
  - 3.1 Con el daño ocasionado a BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ, a sus padres MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA y VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN se le vulneró:
    - A. Derecho al libre desarrollo de la personalidad (art. 16 C.P.), en el entendido que el proyecto de integrar una familia como se idealizó inicialmente no se logró por el daño irreparable ocasionado a la menor BRIANNA NICOLL, lo que evidentemente es una vulneración a ese derecho fundamental, por tanto, la entidad demandada deberá pagar el equivalente a cien (100) SMMLV para cada uno, como quiera que no exista otra medida reparatoria del daño ocasionado a los demandantes.

TOTA PERJUICIOS INMATERIALES: MIL SETECIENTOS (1700) SMMLV

**4. DAÑO MATERIAL**

- 4.1 Lucro Cesante: Futuro la suma que se acredite en el proceso en favor de BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ la suma que se estima en un aproximado de \$150.000.000.
- 4.2 Lo anterior tiene fundamento en que la menor BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ no podrá devengar la que una persona en condiciones normal y mínimas podría generar a lo largo de su vida, toda vez que el daño padecido por aquella es permanente, irreversible y muy grave.
5. Que a las sumas a que resulte condenadas las entidades convocadas, se ordene que el valor de la indemnización se liquide con el ajuste previsto en el artículo 192, inciso 3 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
6. INDEXACIÓN - Teniendo en cuenta que en Colombia el dinero no mantiene su poder adquisitivo constante las condenas solicitadas deberán indexarse.
7. Que se ordene a la demandada a cumplir con la sentencia en el término indicado en el artículo 192 inciso 2 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
8. Que se condene en costas a las entidades demandadas.

**PRUEBAS**

**POR EL CONVOCANTE:**

- Poder otorgado por los convocantes al apoderado principal que lo faculta para actuar en el presente tramite extrajudicial.
- Copia de las cédulas y registros civiles de nacimiento de los convocantes.
- Copia de las historias clínicas.
- Copia de derecho de petición dirigido el 12 de agosto del 2024 al Hospital San Juan de Dios.
- Copia de la Respuesta al derecho de petición de fecha 09 de septiembre del 2024.
- Copia de los resultados del examen de genética.
- Copia de las imágenes de la niña.
- Copia del fallo de tutela de primera instancia
- Copia del Certificado del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

**POR LOS CONVOCADOS:**

- No se allegaron pruebas.

**VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho**

Calle 24 Norte N° 6AN – 20, PBX 668 45 15  
conciliacionfundalianza@gmail.com



## RESULTADO DE LA AUDIENCIA

En relación a la primera audiencia celebrada el día 16 de octubre, el apoderado del convocante manifiesta:

1. El convocado hospital SAN JUAN DE DIOS manifiesta que es un organismo de salud, de origen privado, utilidad común y sin ánimo de lucro que se sostiene con la venta de servicios, a pesar de ser una institución de origen privado, tiene constituido un comité de conciliaciones y defensa judicial, el cual está conformado por 5 funcionarios del área administrativa y asistencial.
2. El comité se reúne dentro de los diez (10) siguientes al traslado de la convocatoria que llega vía correo electrónico institucional previsto para notificaciones judiciales.
3. A la fecha de audiencia el hospital no ha recibido traslado de convocatoria, donde se expresen los hechos y pretensiones de esta misma, por lo anterior el comité no se ha reunido para tener el conocimiento pertinente sobre dicha convocatoria.
4. En consideración con lo anterior, el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS no tiene conocimiento sobre la convocatoria. Por lo tanto, el señor LUIS FERNANDO MONTAÑO MARTINEZ no tiene poder para representar a dicha entidad.
5. De igual manera manifiesta que el hospital tiene constituidas unas pólizas de responsabilidad civil profesional, por lo cual debe ser convocada la compañía de seguros LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

Se suspende la presente audiencia para convocar a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.; se fija nueva fecha y hora para el 13 de noviembre de 2024 a las 11.00 horas.

Continuando con el presente trámite se da inicio a la audiencia programada para el día 13 de noviembre de 2024, se deja establecido lo siguiente:

1. **El apoderado del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS manifiesta el no tener ánimo conciliatorio.**

Se suspende la presente audiencia para convocar debidamente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, y adjuntar la solicitud de conciliación y sus respectivos anexos, se fija nueva fecha y hora de audiencia virtual para el día 20 de noviembre de 2024 a las 16:00 horas.

Para finalizar con el presente trámite se da inicio a la audiencia programada para el día 20 de noviembre de 2024, en la cual se manifiesta lo siguiente:

1. **El apoderado de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, manifiesta no tener ánimo conciliatorio.**

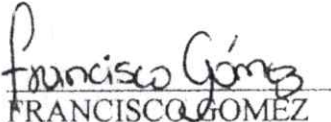
En consideración con los puntos anteriores el suscrito conciliador de conocimiento del presente trámite, establece:

**VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho**

El marco de la audiencia de conciliación, se contó con la presencia de las partes involucradas, quienes manifestaron sus respectivas pretensiones y fundamentos. Durante el desarrollo de la diligencia, se brindaron las explicaciones necesarias sobre el alcance del proceso conciliatorio y los beneficios de llegar a un acuerdo de mutuo consentimiento. Sin embargo, las partes convocadas expresaron claramente su falta de ánimo conciliatorio, lo que impidió avanzar en la construcción de un entendimiento entre ambas.

**En virtud de lo anterior, y tras agotar las instancias de diálogo y negociación propias de este procedimiento, se procede a expedir la presente constancia de no acuerdo, conforme a lo establecido en el numeral 2 del artículo 65 de la Ley 2220 de 2022, para los fines legales a que haya lugar.**

En este estado y siendo las 11:32 horas se da por terminada la audiencia de conciliación. En constancia se firma por el conciliador.

  
**FRANCISCO GÓMEZ**  
**FRANCISCO EMILIO GOMEZ**  
CC.No.94. 521. 936.  
T.P. No.252.861 del C.S de la J.  
**Conciliador**

