HOSPITAL
DE SAN JUAN DE DIOS
250 Años

Doctor
JESUS MARIO ORTIZ GARCIA
Juez Catorce Civil del Circuito de Cali
E. S. D.

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DEMANDA VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
RADICACIÓN : No. 76001 31 03 014 2024 00322 00
DEMANDANTES : MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA Y/ OTROS
DEMANDADOS : HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI Y/OTRO

LUÍS FERNANDO MONTAÑO MARTINEZ, mayor de edad y vecino de Santiago de Cali, donde resido, identificado con la *Cédula de Ciudadanía No.16.856.909* expedida en El Cerrito Valle, *Abogado* titulado en ejercicio, portador de la *Tarjeta Profesional No.52.884 del C.S. de la Jud.*, en mi calidad de *Apoderado Judicial* de la entidad *demandada* en el *Proceso* de la referencia, ***HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI***, con *Nit. No.890.303.841-8*, y domicilio en la ciudad de Santiago de Cali, en la Carrera 4ª. No.17-67 del Barrio San Nicolás, en ejercicio del *Poder* especial, que legalmente conferido, me permito acreditar ante su honorable despacho, por medio del presente escrito, *doy contestación a la demanda*, que mediante *Apoderado Judicial*, le promovieron a mi *mandante*, los señores(as), ***MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*** *y* ***VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN*** ambos mayores de edad, quienes obran en nombre propio y representación de su *hija, menor afectada*, ***BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ***, de un lado, de otro, ***ADALGISA ALBAN FATIMA*** (*abuela paterna de la menor afectada*), quien obra en nombre propio y representación de su *nieta*, ***AILYN STEFANIA BELALCAZAR URREA, MAURY AMANDA RADA ROJAS*** (*abuela materna de la menor afectada*), quien obra en nombre propio y representación., dando así, cumplimiento antes del vencimiento del *término del traslado*, establecido, a partir de la *Notificación personal del auto admisorio de la demanda*, radicado a través del *correo postal certificado*, en la *Ventanilla Única* dispuesta por el *HOSPITAL.*, Procedo *dar contestación a la demanda*, que ha dado origen a este *Proceso Declarativo Verbal de Responsabilidad Civil Médica*, en los siguientes términos:

Manifiesto a su *señoría*, que desde ya, me opongo a las *Peticiones y Pretensiones o Condenas de los demandantes*, por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demuestra más adelante, y, por lo mismo, las rechazo de plano y solicito que su honorable despacho las *deniegue* en consecuencia, y los condene en costas.-

A L O S H E C H O S :

AL PRIMERO.- No me consta la afirmación hecha por el *actor de la demanda*, frente a este hecho en particular., me atengo a lo que resulte legal, clínica y peritamente demostrado, una vez, se aporte copia autentica, legible e integra, de la *historia clínica*, a que haya dado lugar la atención médica asistencial, de la señora, ***MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA,*** en el *HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO E.S.E.* de la ciudad de *Cali.*-

AL SEGUNDO.- Es cierto.-

AL TERCERO.- Es cierto, debo aclarar que la señora, ***M****ILEXIS* ***A****NDREINA* ***D****IAZ* ***R****ADA*, fue citada por parte de su médico(a) especialista, tratante, a la sala de Partos del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, para el día 15 de Septiembre de 2.019, durante las primeras horas de la mañana., o antes, en caso de presentar algún signo de alarma y reconsulta.-

AL CUARTO.- Es cierto.-

AL QUINTO.- Es cierto, debo aclarar que las Profesionales de la Salud, que inicialmente atendieron en la sala de Gineco.obstetricia, a la señora, ***M****ILEXIS* ***A****NDREINA* ***D****IAZ* ***R****ADA*, en la fecha señalada, corresponde a las Doctoras, OLGA LUCIA CUERO VIDAL y CAROLINA RENDON RESTREPO, Médicos(as) Especialistas en Ginecología y Obstetricia.-

AL SEXTO y ***SEPTIMO***.- No son ciertos, pues la notas y registros médicos, suscritos por los Profesionales de la Salud, especializada, allí dispuestos, relatan o detallan otros hechos o manifestaciones clínicas, como es que la señora, ***M****ILEXIS* ***A****NDREINA* ***D****IAZ* ***R****ADA*, refiere sentirse en buenas condiciones generales de salud, percibe movimientos fetales, niega perdidas vaginales, niega premonitorios, monitoria fetal 12+35 pm. reactiva, sin dinámica uterina, variabilidad adecuada., se ordena vigilancia estricta de sv.(signos vitales) y sangrado genital., acorde con sus diagnósticos prescritos, consistentes en hipertensión gestacional, obesidad materna, cultivo positivo sgb., es decir, una infección bacteriana., lo que conllevo a su hospitalización en la sala ARO (alto riesgo obstétrico) de este HOSPITAL.-

AL OCTAVO *y* ***NOVENO***.- No me constan las afirmaciones hechas por el **a**ctor de la demanda, frente a estos dos hechos en particular, debe probarlos idónea y fehacientemente, no partiendo de la base de comentarios de oídas, o hipótesis, en primer lugar, no existen notas o registros médicos en su historial clínico de este HOSPITAL., que así lo evidencie o confirme., y, en segundo lugar, me atengo a lo que resulte legal, clínica y peritamente demostrado, una vez, se aporte copia autentica, legible e integra, de la *historia clínica,* a que haya dado lugar la atención médica asistencial, de la menor, ***B****RIANNA* ***N****ICOLL* ***B****ELALCAZAR* ***D****IAZ,* afectada, en la CLINICA DE LOS REMEDIOS de la ciudad de Cali.-

AL DECIMO *y* ***UNDECIMO***.- No me constan las afirmaciones hechas por el **a**ctor de la demanda, frente a estos dos hechos en particular., debe probarlos idónea, fehaciente e incuestionablemente, pues, no se debe determinar o establecer el resultado de un examen de genética para epilepsias, como la rendición perita de un dictamen o experticia médica, acorde con la atención medica asistencial y quirúrgica, brindada a la señora, ***M****ILEXIS* ***A****NDREINA* ***D****IAZ* ***R****ADA*, previo y durante su alumbramiento, en el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, más aun cuando solo se menciona después de cinco (5) años, y no se aporta prueba sumaria siquiera en el traslado de la demanda, surtido a este HOSPITAL., del mismo modo, no debe el **a**ctor de la demanda, emitir juicios hipotéticos imputando como responsables de una mala praxis médica a los Profesionales de la Salud, especializada, vinculados a este HOSPITAL, pues, aseguro, sin conocerlo, que los resultados del señalado examen de genética, no comprometen o señalan de ninguna u otra forma responsables de alguna patología sobreviniente de la ***m****enor*, al cuerpo médico especialista, tratante e interviniente, en cuestión.-

AL DUODECIMO.- No me consta la afirmación hecha por el **a**ctor de la demanda, frente a este hecho en particular, debe probarla idónea, fehaciente e incuestionablemente, argumentando legítimamente el grado de afectación emocional de cada uno de los demandantes, roles y clase relaciones interpersonales de afecto y afinidad a su entorno familiar.-

AL DECIMO TERCERO.- Es cierto.-

DECIMO CUARTO.- Es cierto.-

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES Y ESTIMACION DE PERJUICIOS:

Me opongo a todas y cada una de las *pretensiones* incoadas por la parte ***a**ctora*.-

Respecto de los perjuicios e indemnización solicitados por el ***a**ctor de la demanda*, su ***s**eñoría,* le solicito, se tenga en cuenta que su quantum, excede, a lo que realmente pudieran llegar a tener derecho, pues, está demostrado a través de los diferentes folios de sus ***h**istorias **c**línicas # **118 48 96***, que corresponden a la señora, ***M**ILEXIS **A**NDREINA **D**IAZ **R**ADA*, junto a la de su ***h**ija, **R**ecién **N**acida*, que el ***c**uerpo **m**édico tratante*, adscrito a los servicios de ***G**ineco.**o**bstetricia* y ***P**ediatría*, en cabeza de reconocidos ***P**rofesionales de la **S**alud*, como lo fueron, en el presente caso, los ***D**octores(as)*, ***D**IEGO **L**EONARDO **M**ONSALVE **P**INTO*, ***M**ARIA **A**DELAIDA **V**ELEZ **G**ARCIA*, ***S**ANDRA **P**ATRICIA **M**ORERA **A**GUILAR*, ***O**LGA **L**UCIA **C**UERO **V**IDAL* y ***C**AROLINA **R**ENDON **R**ESTREPO*, ***M**édicos(as) **E**specialistas en **G**inecología y **O**bstetricia*, y, el ***D**octor*, ***S**MITH **C**ARRILO **B**AQUERO*, ***M**édico **E**specialista en **P**ediatra y **N**eonatología*., Quienes obraron de manera atenta e idónea, permanente, prudente y diligente, en procura de obtener el bienestar y recuperación de las señaladas ***P**acientes*, conforme a los ***P**rotocolos **M**édicos y **G**uías de **M**anejo **I**nstitucional*, y lineamientos que la técnica establecida o ***L**ex **A**rtis*, exigía en el escenario clínico, puesto de presente., infraestructura, tecnología, medios e insumos, que brinda esta *Institución de **S**alud del Nivel **II** de **m**ediana **c**omplejidad*, con más de 270 años, brindando los servicios de salud, a la población más vulnerable, marginada, desplazada y **m**igrante, como en el presente caso, sin ningún régimen subsidiado o contributivo de salud, y donde incluso, el entorno familiar o acudientes de las mismas, no sufragaron suma de dinero o copago alguno, por la dispendiosa prestación de los servicios de salud, brindados, tanto así, que el ***a**ctor de la demanda*, no los reclama, por no existir., a contrario sensu, una vez revisado en el sistema de libros contables, el estado actual de cartera y facturación del *HOSPITAL*, la onerosa cuenta de cobro, que generó la atención médica asistencial y quirúrgica, descrita, se encuentra acreditada, sin abono o débito alguno, desde el mes de *Septiembre del año 2.0**19***, tanto por su **e**ps, como por concepto de copagos o abonos a cargo de sus acudientes responsables, hoy ***d**emandantes*.

El ***C**ódigo **C**ivil, en su **a**rtículo 1613*, hace distinción entre los *perjuicios **m**ateriales*, en ***d**año **e**mergente y **l**ucro **c**esante*.- Los perjuicios ***m**orales*, se han clasificado en ***m**orales **o**bjetivos* y ***m**orales **p**uros o **s**ubjetivos*, cualquiera que pueda ser la clasificación solo son indemnizables, lo real y efectivamente causado, lo cual, significa, que deben rechazarse de plano, los daños probables o hipotéticos, que no deben confundirse con los futuros, que cuando son probados con bases ciertas se consideran dentro de la categoría de los indemnizables (***S**entencia xxx 16 de Julio de 1.932, anales 103 xxx*).-

Solicito su ***s**eñoría*, denegar o desestimar los **p**erjuicios del orden ***M**aterial*, que por este concepto reclama el ***a**ctor de la demanda*, en las modalidades de "***d**año **e**mergente y **l**ucro **c**esante*", en **p**rimer lugar, porque todos deben ser ciertos y

determinados, y deben probarse integra e incuestionablemente. En **s**egundo lugar, pretende el ***a**ctor de la demanda*, se le reconozcan estos perjuicios, limitándose solo a declararlos y cuantificarlos, bajo unas reglas o fórmulas financieras, con cargo a la ***I**nstitución **P**restadora de **S**alud, **d**emandada,* solidaria, civil y patrimonialmente.

Respecto de los *perjuicios **I**nmateriales*, que por este concepto reclaman los ***a**ctores de la demanda*, consistentes en daños ***m**orales*, en la modalidad de ***p**erdida **d**e **o**portunidad*, ***d**año **a** la **S**alud*, y ***d**año a **b**ienes **a**jenos y **c**onstitucionalmente **p**rotegidos*, si, los hubiere, su quantum es excesivamente gravoso, además debemos precisar que todos deben ser ciertos y determinados, si tenemos en cuenta el caso específico que nos ocupa, el numeroso entorno familiar de la ***m**enor **a**fectada*, ***B**RIANNA **N**ICOLL **B**ELALCAZAR **D**IAZ.*, no se argumenta o sustenta, la causación o afectación de estos perjuicios, solo se limitan a declararlos y cuantificarlos a favor de cada uno de los numerosos ***d**emandantes*, con cargo a esta ***I**nstitución de **S**alud, **d**emandada*, solidaria, civil y patrimonialmente, como tampoco se deberá tener en cuenta lo probable e hipotético, para el presente caso.-

Las *Pretensiones de los perjuicios* que en estas modalidades se reclaman, por concepto de *perjuicios **m**ateriales*, en las modalidades de "***d**año **e**mergente y **l**ucro **c**esante*", e ***i**nmateriales*, consistentes en ***d**años "**m**orales"* en la modalidad de ***p**erdida **d**e **o**portunidad*, ***d**año **a** la **S**alud*, y ***d**año a **b**ienes **a**jenos y **c**onstitucionalmente **p**rotegidos,* deben ser probados con bases ciertas e incuestionables, siendo del caso, tanto su causación, como su cuantificación y deben ajustarse en concordancia a las fórmulas aceptadas por la actual ***j**urisdicción **c**ivil **o**rdinaria*, particularmente en lo que concierne, a la ***r**esponsabilidad **c**ivil **p**rofesional **m**édica*, no se debe tener en cuenta lo probable o hipotético, como tampoco, la presunción, las hipótesis o teorías, sin ningún fundamento legal o científico.-

E N C U A N T O A L C O N C E P T O D E L A V I O L A C I O N :

No existe violación alguna, por parte del ***H**OSPITAL **S**AN **J**UAN **D**E **D**IOS **D**E **C**ALI*, en cuanto se refiere a las disposiciones de orden legal, constitucional, y jurisprudencial, señaladas taxativamente por el ***a**ctor de la demanda*, entre las que refiere los ***a**rtículos* 2º., 6º., 90, 286 y 311 de la ***C**onstitución **P**olítica de **C**olombia*, el ***a**rtículo* 167 del ***C**ódigo **G**eneral **d**el **P**roceso*, y los ***a**rtículos* 2144 y 2341 del ***C**ódigo **C**ivil*, para lo cual, debo complementar y perfeccionar el precepto constitucional, invocado parcialmente por el mismo, que corresponde al ***a**rtículo 2º.* de la ***C**onstitución **P**olítica de **C**olombia*, en los siguientes términos . . . "Las autoridades están estatuidas para proteger a todas las personas en Colombia, en su vida, honra y bienes, y que a partir de este texto, se fundamenta la responsabilidad del estado, pero también lo es, que esa responsabilidad, no resulta automáticamente declarada, cada vez, que una persona es afectada en tales bienes, pues, la determinación de la falla que se presente en cumplimiento de tal obligación, depende en cada caso de la apreciación a que llegue el juzgador, acerca de las circunstancias de *tiempo, **m**odo y **l**ugar*, como hubieren sucedido los hechos, así, como de los recursos con que contaba la administración, para prestar el servicio, para que pueda deducir, que la falla se presentó y que ella no tiene justificación alguna, todo dentro de la idea, de que **"***n**adie **e**s **o**bligado a **l**o **i**mposible***"**, así, lo ha reconocido en varias oportunidades esta sala, y al efecto puede citarse la ***S**entencia de fecha 7 de Diciembre de 1.977*, en donde dijo: "Hay responsabilidad en los casos en que la falta o falla administrativa, es el resultado de omisiones, extralimitaciones en los servicios que el estado, está en capacidad de prestar y/o seguir prestando un determinado servicio" (***E**xp. No.1564 anales segundo semestre 1.977, página 605*) (***C.E.** Sec.Tercera – Octubre 11 de 1.990*).-

De lo que sí, hay notoria evidencia a la luz de la ciencia médica, con soporte en las notas y/o registros médicos consignados en los diferentes folios de la ***historia clínica*** No. ***118 48 96***, adjunta a la presente contestación de demanda, es que el *HOSPITAL*, pese a sus limitaciones de infraestructura, medios y tecnología, establecidas en un *Nivel **II** de **mediana** **complejidad***, brindó sus servicios de salud, de manera atenta e idónea, prudente y diligente, permanente y personalizada, conforme a los datos adquiridos por la ciencia, y en concordancia con los *PROTOCOLOS **MÉDICOS** Y **GUÍAS** **DE** **MANEJO** **INSTITUCIONAL,*** y lineamientos que la técnica establecida o *LEX **ARTIS***, exigía en el escenario clínico puesto de presente, con ocasión de la atención médica, asistencial y quirúrgica, brindada a la señora, ***MILEXIS** **ANDREINA** **DIAZ** **RADA**, **madre** **gestante***, debido al complejo acto quirúrgico de que fuera objeto, consistente en una *CESAREA **SEGMENTARIA** **TRANSPERITONEAL***, aunado a unos **a**ntecedentes **p**atológicos relevantes, como lo fueron para el entonces, una *DIABETES **GESTACIONAL** + **HIPERTENSION** **ARTERIAL**, afines de su **Obesidad** **Materna**, además de un **Cultivo** SGB **positivo**.,* conllevando a que su cuerpo médico especialista, tratante, una vez, se produce el ***Alumbramiento***, ordena sin dilaciones ni contratiempos, el traslado de la ***hija** **recién** **nacida*** a una ***UCIN*** (unidad de cuidados intermedios) ***Neonatal***, con cupo disponible, lográndose un ***cupo** **disponible*** en la ***UCIN** **Neonatal*** de la ***CLINICA** **DE** **LOS** **REMEDIOS** de la ciudad de **Cali***, cercana a este ***HOSPITAL***, cuyo traslado se realiza en ***Ambulancia** **medicalizada***, incubadora con soporte de 02, vena canalizada, personal médico y paramédico a bordo., ahora bien, sobre las primeras horas de la mañana del día ***28** de **Septiembre** de 2.0**19***, el ***cuerpo** **médico** **especialista***, tratante e interviniente, adscrito al servicio de ***Gineco.obstetricia*** de este ***HOSPITAL***, procede a dar salida a la señora, ***MILEXIS** **ANDREINA** **DIAZ** **RADA***, para continuar manejo médico ambulatorio, al encontrarla en buenas condiciones generales de salud, deambulando por sus propios medios, consciente y orientada en sus tres esferas (t/l/p), tolerando vía oral, niega dolor torácico y abdominal, niega cefalea, fosfenos y tinnitus, niega epigastralgia, entre otros síntomas , se le entrega fórmula médica, cita de control por el servicio de Gineco.obstetricia alto riesgo, en una semana, recomendaciones para planificación familiar, retiro de puntos en 12 días, signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias prioritariamente, dados sus múltiples y complejos antecedentes patológicos.- Lo que avizora una prestación de servicios de salud, sujeta y conforme a los preceptos constitucionales, establecidos y consagrados en la ***carta** **constitucional***, en sus ***artículos 48, 49 y 90*** respectivamente, y demás normas afines, establecidas en la ***Ley 100 de 1.993***. En consecuencia, No existen hechos u omisiones, que en forma deliberada, tanto el *HOSPITAL **SAN** **JUAN** **DE** **DIOS** **DE** **CALI***, como los ***Profesionales** **de** **la** **Salud***, especializada, señalados e identificados, inicialmente, hayan dado lugar a ***Negligencia, Imprudencia e Impericia***, en los servicios médicos, asistenciales, brindados, aún más, tratándose en el presente caso, cuando se pretende inculpar al *HOSPITAL **SAN** **JUAN** **DE** **DIOS** **DE** **CALI***, solidaria, civil y patrimonialmente, junto a su ***cuerpo** **médico**, **especialista***, tratante e interviniente, adscrito a los servicios de ***Gineco.obstetricia** y **Pediatría***, como responsables de los ***perjuicios** **materiales** e **inmateriales***, ocasionados a su entorno familiar, y precisamente en cabeza de la señora, ***MILEXIS** **ANDREINA** **DIAZ** **RADA***, y su ***hija**, hoy **menor** de **edad**.,* debemos precisar su ***señoría***, que el ***Profesional** de la **Salud***, que inicia un tratamiento médico, o realiza un procedimiento terapéutico, para salvar la vida de un enfermo, obra legítimamente, pues, la salvación de una vida, es un fin legítimo.-

E X C E P C I O N E S D E M E R I T O :

Propongo como excepción de fondo:

- ***Inexistencia de Obligación y Responsabilidad***, de conformidad con las

-

jurisprudencias proferidas por el ***C**onsejo de **E**stado*, referente a la responsabilidad del *Estado* (***E**xp. No.1564 anales segundo semestre 1.977, pàg.605*) (***C.E.** Sec.Tercera – Octubre 11 de 1.990*).- "Es cierto que en los términos del ***artículo** 2º. de la **C**onstitución **P**olítica de **C**olombia*, las autoridades están estatuidas para proteger a todas las personas en Colombia, en su vida, honra y bienes, y que a partir de este texto, se fundamenta la responsabilidad del estado, pero también lo es, que esa responsabilidad, no resulta automáticamente declarada, cada vez, que una persona es afectada en tales bienes, pues, la determinación de la falla que se presente en cumplimiento de tal obligación, depende en cada caso de la apreciación a que llegue el *juzgador*, acerca de las circunstancias de ***t**iempo, **m**odo y **l**ugar*, como hubieren sucedido los hechos, así, como de los **r**ecursos con que contaba la administración, para prestar el servicio, para que pueda deducir, que la falla se presentó y que ella no tiene justificación alguna, todo dentro de la idea, de que "***n**adie **e**s **o**bligado a **l**o **i**mposible*", así, lo ha reconocido en varias oportunidades esta sala, y al efecto puede citarse la ***S**entencia de fecha 7 de Diciembre de 1.977*, en donde dijo: "Hay responsabilidad en los casos en que la falta o falla administrativa, es el resultado de omisiones, extralimitaciones en los servicios que el estado, está en capacidad de prestar y/o seguir prestando un determinado servicio" (***E**xp. No.1564 anales segundo semestre 1.977, página 605*) (***C.E.** Sec.Tercera – Octubre 11 de 1.990*).-

Es así, su ***s**eñoría*, como mí ***r**epresentado*, no tiene ninguna responsabilidad en esta situación, es necesario examinar la ***TEORIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO***, que existe, si, se dan ***t**res **r**equisitos **c**onstitutivos*:

I.** Falla del servicio por omisión, retardo, irregularidad, ineficiencia o ausencia del servicio.*, Que en el presente caso, no aconteció, tal como se puede demostrar a través de esta contestación de la demanda, con cada una de las pruebas que anexo y solicito; a contrario sensu, el *HOSPITAL*, siempre brindó los servicios de salud, para lo cual esta instituido hace más de 270 años, a la señora, ***M**ILEXIS **A**NDREINA **D**IAZ **R**ADA*, junto a su ***h**ija, **r**ecién **n**acida*, de manera atenta e idónea, permanente y prudente, diligente, oportuna y responsable.- Los actos médicos consignados en la ***h**istoria **c**línica **# 118 48 96, a que dieron lugar las señaladas ***P**acientes*, evidencian, que el **c**uerpo **m**édico **e**specialista, tratante e interviniente, vinculado a los servicios de ***G**ineco-**O**bstetricia y **S**ala **d**e **R**ecién **N**acidos*, el primero de ellos, en cabeza de reconocidos Profesionales de la **S**alud, reitero, como es el caso de los ***D**octores(as), **D**IEGO **L**EONARDO **M**ONSALVE **P**INTO, **M**ARIA **A**DELAIDA **V**ELEZ **G**ARCIA, **S**ANDRA **P**ATRICIA **M**ORERA **A**GUILAR, **O**LGA **L**UCIA **C**UERO **V**IDAL* y ***C**AROLINA **R**ENDON **R**ESTREPO, **M**édicos(as) **E**specialistas en **G**inecología y **O**bstetricia*, y, el segundo, en cabeza del ***D**octor, **S**MITH **C**ARRILO **B**AQUERO, **M**édico **E**specialista en **P**ediatra y **N**eonatología*., quienes obraron conforme a los ***P**rotocolos **M**édicos y **G**uías **d**e **M**anejo **I**nstitucional* y lineamientos que la técnica establecida o ***L**EX **A**RTIS*, exigía en el escenario clínico puesto de presente, además, sujetos a un ***N**ivel II de mediana complejidad*, con ocasión de los ***d**iagnósticos de **i**ngreso*, que evidenciaba la señalada ***m**adre **g**estante*, inicialmente en fecha ***18** de **S**eptiembre* de *2.0**19***, cuyo motivo de consulta fue "VENGO PARA MONITORIA", siendo valorada y asistida en el acto por la Doctora, ***S**ANDRA **P**ATRICIA **M**ORERA **A**GUILAR, **M**édico(a) **E**specialista en **G**inecología y **O**bstetricia*, quien después de una exhaustiva auscultación a la señalada ***m**adre **g**estante*, con apoyo en las *"**a**yudas **d**iagnosticas **g**inecobstetricas"*, para el caso que nos ocupa, mediante una "***M**ONITORIA **F**ETAL **A**/P*", que reportó "bienestar fetal conservado, por lo que se descarta trabajo de parto, y se decide dar egreso, con recomendaciones y signos de alarma, reconsultar en caso de presentar salida de líquido, sangre o moco vaginal, dolor intenso que no ceda con analgesia, fiebre, se le explica a la ***m**adre **g**estante*, quien refiere entender y aceptar", siendo prescrito como ***d**x.*(diagnóstico) de ***e**greso*: "***C**ONTRACCIONES **P**RIMARIAS **I**NADECUADAS*"., del mismo modo,

aconteció durante su *reingreso* el día ***25** de Septiembre de 2.0**19***, donde se le brindo la atención médica asistencial y quirúrgica a la ***m**adre **g**estante* en la sala de *Gineco.**o**bstetricia* de este *HOSPITAL*, cuyo motivo de consulta, textualmente refiere: "**M**E **S**ALIO **L**IQUIDO"., siendo valorada y asistida en el acto, por parte de las Doctoras, ***O**LGA **L**UCIA **C**UERO **V**IDAL*, y ***C**AROLINA **R**ENDON **R**ESTREPO, **M**édicos(as) **E**specialistas en **G**inecología y **O**bstetricia*, quienes refieren que la ***G**estant**e***, consulta por perdida de líquido vaginal hace ***d**os **d**ías*, acompañado de cefalea, mareo, fosfenos, tinnitus, epigastralgia, refiere además disminución de movimientos fetales, ordenándose en el acto, los correspondientes exámenes de laboratorio clínico, ayudas e imágenes diagnósticas, monitoria fetal y afinamiento por 2 horas, suministro de líquidos endovenosos, control de signos vitales cada 4 horas, fcf (frecuencia cardiaca fetal) y actividad uterina, formulando un *dx.*(diagnostico) de ingreso, consistente en "***R**UPTURA **P**REMATURA **D**E **L**AS **M**EMBRANAS*" **+** "***C**ONTRACCIONES **I**NADECUADAS **P**RIMARIAS*", se traslada a la "***s**ala de **t**rabajo **d**e parto*", deambulando por sus propios medios, consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, hemodinámicamente estable, en trabajo de parto, fase latente, actividad uterina irregular., ya sobre las horas de la noche y madrugada del día ***26** de **S**eptiembre de 2.0**19***, la ***G**estante*, es revalorada por el Dr. ***D**IEGO **L**EONARDO **M**ONSALVE **P**INTO, **M**édico **E**specialista en **G**inecología y **O**bstetricia*, quien del mismo modo refiere que la señora, ***M**ILEXIS **A**NDREINA **D**IAZ **R**ADA*, se encuentra en trabajo de parto en fase activa, con un **d**x. (diagnóstico), de "***D**IABETES **G**ESTACIONAL + **H**IPERTENSION **A**RTERIAL **A** **E**STUDIO*" para descartar ***P**RE-**E**CLAMPSIA*, colegialmente sobre las horas de la madrugada, junto con el Dr. ***J**ORGE **E**LIECER **V**ALENCIA **R**ESTREPO*, también ***M**édico **E**specialista en **G**inecología y **O**bstetricia*, se determina trasladar la ***G**estante*, a la unidad de ***A**RO* (alto riesgo obstétrico), se refuerza el tratamiento farmacológico formulado, se considera ***M**ONITORIA **F**ETAL* de control, continuar vigilancia estricta de cifras tensionales, premonitorios y del bienestar materno fetal, se le explican pormenores de su tratamiento médico, instaurado, manifestando entender y aceptar, Así, está consignado en los diferentes folios de su **h**istoria **c**línica ***# 118 48 96***, adjunta a la presente contestación de demanda, se prescriben nuevos exámenes paraclínicos especializados, dada sus **c**omorbilidades, sin manejo antihipertensivo, ya, sobre las primeras horas del día, ***26** de **S**eptiembre de 2.0**20***, le corresponde el turno a la Dra. ***M**ARIA **A**DELAIDA **V**ELEZ **G**ARCIA, **M**édico(a) **E**specialista en **G**inecología y **O**bstetricia*, quien refiere en su nota y/o registro médico, textualmente, ***A**RO E.28 **D**x: **1.** G1P0 **2.** Embarazo de 39.2 ss. **3.** HIPERTENSION GESTACIONAL **4.** FUVC **5.** OBESIDAD MATERNA **6.** CULTIVO POSITIVO SGB.* Pte. refiere sentirse en buenas condiciones, percibe movimientos fetales, niega perdidas vaginales, niega premonitorios, *Monitoria Fetal 12+35 pm.* reactiva, sin dinámica uterina, variabilidad adecuada.- Se considera inducción fallida y se indica ***C**ESAREA* por falla en la inducción médica, se le explican riesgos y pormenores, entiende y acepta., se proceden a diligenciar y notificar por parte de su ***c**uerpo **m**édico **e**specialista*, tratante los "***C**ONSENTIMIENTOS **I**NFORMADOS*", para el suministro e inducción de la ***A**nestesia*, previo al acto quirúrgico programado de ***C**ESAREA*, en los mismos términos y con antelación, se había diligenciado, el ***C**onsentimiento* de "*Inducción del **T**rabajo de **P**arto*".- ***A**cto **q**uirúrgico* consistente en una ***C**ESAREA **S**EGMENTARIA **T**RANSPERITONEAL*, que se realiza sin complicaciones para la ***m**adre **g**estante*, en el *Quirófano #02 de **O**bstetricia*, a cargo de la citada Dra. ***M**ARIA **A**DELAIDA **V**ELEZ **G**ARCIA, **M**édico(a) **E**specialista en **G**inecología y **O**bstetricia*, asistida por el Dr. ***J**ORGE **R**ODRIGUEZ **M**ONROY, **M**édico **E**specialista en **A**nestesiología y **R**eanimación, **A**lumbramiento* dirigido, obteniendo un "*feto cefálico femenino con líquido amniótico abundante con meconio claro*", se entrega ***R**ecién **N**acido(a)* al equipo médico adscrito al servicio de ***P**ediatría*, en cabeza del Dr. ***S**MITH **C**ARRILLO **B**AQUERO, **M**édico **E**specialista en **P**ediatría y **N**eonatología*, quien inicia "***r**eanimación cardiopulmonar y **p**osterior **i**ntubación **o**rotraqueal*", ordenando su traslado a una ***U**CIN* (unidad de cuidados intermedios) ***N**eonatal*, con cupo disponible, lográndose sin dilaciones ni contratiempos un ***c**upo **d**isponible* en la

UCIN Neonatal de la *CLINICA DE LOS REMEDIOS de la ciudad de Cali*, periférica a este *HOSPITAL*, traslado que se realiza en *Ambulancia medicalizada*, incubadora con soporte de 02, vena canalizada, personal médico y paramédico a bordo.- Ahora bien, sobre las primeras horas de la mañana del día ***28*** *de Septiembre de 2.019*, el *cuerpo médico especialista*, tratante e interviniente, adscrito al servicio de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL*, procede a dar salida a la señora, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*, para continuar manejo médico ambulatorio, al encontrarla en buenas condiciones generales de salud, deambulando por sus propios medios, consciente y orientada en sus tres esferas (t/l/p), tolerando vía oral, niega dolor torácico y abdominal, niega cefalea, fosfenos y tinnitus, niega epigastralgia, entre otros síntomas., se le entrega fórmula médica, cita de control por el servicio de Gineco.obstetricia alto riesgo, en una semana, recomendaciones para planificación familiar, retiro de puntos en 12 días, signos de alarma para consultar prioritariamente por el servicio de urgencias, dados sus múltiples y complejos antecedentes patológicos., en consecuencia, no existen hechos u omisiones, que en forma deliberada, tanto el *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI*, como los *Profesionales de la Salud*, especializada, señalados e identificados, inicialmente, hayan dado lugar a *Negligencia, Imprudencia e Impericia*, en los servicios médicos, asistenciales y quirúrgicos, brindados, a sus *dos Pacientes*, por consiguiente, y ante estos antecedentes fácticos, está plenamente demostrado, que ***no*** se configuró una supuesta o presunta falla del servicio por *omisión, retardo, irregularidad, ineficiencia o ausencia del servicio.-*

II. *Un daño, lesión o perturbación*, el *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI*, siempre fue acertado en el *diagnóstico, tratamiento y procedimiento médico* realizado a la señora, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*, junto a su *hija, recién nacida.,* púes, frente a este requisito constitutivo, no debe inculparse la responsabilidad solidaria del *HOSPITAL* y su *cuerpo médico especialista*, tratante e interviniente, calificado e idóneo, en cabeza de reconocidos *Profesionales de la Salud*, especializada, tal como consta en sus hojas de vida, avizoradas, por el contrario, es el *HOSPITAL*, a través de sus tratamientos y procedimientos médicos, ampliamente reconocidos y avalados en los *Protocolos Médicos y Guías de Manejo Institucional* y lineamientos que la técnica establecida o *Lex Artis*, exigía, frente al diagnóstico que revelaba la señalada *madre gestante*, en el escenario clínico puesto de presente, y con el que inicialmente ingresa al servicio de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL*, Así, está consignado en los diferentes folios de su historia clínica ***# 118 48 96***, adjunta a la presente contestación de demanda, se prescriben exámenes paraclínicos especializados, dada sus comorbilidades, sin manejo antihipertensivo, ya, sobre las primeras horas del día, ***26*** *de Septiembre de 2.020*, le corresponde el turno a la Dra. *MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA*, *Médico(a) Especialista en Ginecología y Obstetricia*, quien refiere en su nota y/o registro médico, textualmente, *ARO E.28 Dx: **1.** G1P0 **2.** Embarazo de 39.2 ss. **3.** HIPERTENSION GESTACIONAL **4.** FUVC **5.** OBESIDAD MATERNA **6.** CULTIVO POSITIVO SGB.* Pte: refiere sentirse en buenas condiciones, percibe movimientos fetales, niega perdidas vaginales, niega premonitorios, *Monitoria Fetal 12+35 pm.* reactiva, sin dinámica uterina, variabilidad adecuada.- Se considera inducción fallida y se indica *CESAREA* por falla en la inducción médica, se le explican riesgos y pormenores, entiende y acepta., se proceden a diligenciar y notificar por parte de su *cuerpo médico especialista*, tratante los "*CONSENTIMIENTOS INFORMADOS*", para el suministro e inducción de la *Anestesia*, previo al acto quirúrgico programado de *CESAREA*, en los mismos términos y con antelación, se había diligenciado, el *Consentimiento* de "*Inducción del Trabajo de Parto*".- *Acto quirúrgico* consistente en una *CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL*, que se realiza sin complicaciones para la *madre gestante*, en el *Quirófano #02 de Obstetricia*, a cargo de la citada Dra. *MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA*, *Médico(a) Especialista en Ginecología y Obstetricia*, asistida por el Dr. *JORGE RODRIGUEZ MONROY*, *Médico Especialista en Anestesiología y Reanimación*, *Alumbramiento*

dirigido, obteniendo un "*feto cefálico femenino con líquido ámnióticò abundante con meconio claro*", se entrega ***Recién Nacido(a)*** al equipo médico adscrito al servicio de ***Pediatría***, en cabeza del Dr. ***SMITH CARRILLO BAQUERO***, ***Médico Especialista en Pediatría y Neonatología***, quien inicia "*reanimación cardiopulmonar y posterior intubación orotraqueal*", ordenando su traslado a una ***UCIN*** (unidad de cuidados intermedios) ***Neonatal,*** con cupo disponible, lográndose sin dilaciones ni contratiempos un ***cupo disponible*** en la ***UCIN Neonatal*** de la ***CLINICA DE LOS REMEDIOS de la ciudad de Cali***, cercana a este ***HOSPITAL***, en ***Ambulancia medicalizada***, incubadora con soporte de 02, vena canalizada, personal médico y paramédico a bordo., Se concluye, que con no fue con ocasión de los actos médicos y quirúrgicos, realizados a la señora, ***MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA***, por parte de los ***Profesionales de la Salud***, ***especializada***, inicialmente señalados e identificados, adscritos y/o vinculados a este ***HOSPITAL***, que se provocaron o generaron los quebrantos en la salud, y sus condiciones físicas, de su ***menor hija***., que hasta solo después de varios años de convivencia junto a su entorno familiar, hoy ***demandantes***, se hayan podido avizorar y tratar su recuperación.-

III. *Una relación de causalidad entre la falla y el daño*., relación que debe ser probada en derecho, perita y clínicamente, a cargo del ***actor de la demanda***, no partiendo de la base de hipótesis, teorías o especulaciones.- El ***HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI***, cumplió con cada una de sus obligaciones que le señala la *ley*, específicamente las consagradas en los ***artículos 48, 49 y 90*** de la ***Constitución Política de Colombia***.- El ***Nexo Causal***, se ha definido como la necesaria relación de causa y efecto, entre el hecho y el resultado o daño, siendo este un requisito ineludible para establecer la ***responsabilidad jurídica civil***. El ***daño***, es el trastorno o menoscabo de un patrimonio, sea, en su aspecto económico o material, o en su aspecto emocional o fisiológico. Es un elemento necesario para configurar la *responsabilidad jurídica civil*, pues, *si no hay daño, no hay responsabilidad*, así, existan los otros elementos a los cuales hago alusión. Tradicionalmente se ha sostenido que para que se pueda hablar de ***responsabilidad civil***, se requiere la existencia de un hecho, que este hecho haya producido un daño, que haya una culpa y que exista una relación de causalidad entre el hecho y el daño; ese ***nexo*** puede romperse cuando se dan las circunstancias de *fuerza mayor o caso fortuito*, la *culpa exclusiva de la víctima* o *de un tercero*, en el caso específico que nos ocupa, no está demostrado plenaria ni clínicamente, que con ocasión de los ***actos médicos*** de que fuera objeto la señora, ***MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*** , en esta ***Institución de Salud***, del *Nivel II de mediana complejidad*, se hubieran producido los perjuicios materiales e inmateriales, que hoy reclaman los ***demandantes***, de igual forma, se realizaron todos los tratamientos y procedimientos médicos, para conservar la vida e integridad física de las mismas, conforme a los ***Protocolos Médicos y Guías de Manejo Institucional***, y lineamientos que la técnica establecida o ***Lex Artis***, exigía en el escenario clínico puesto de presente., Por consiguiente, el ***HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI***, tal como consta en los diferentes folios de su ***historia clínica # 118 48 96***, brindó de manera atenta e idónea, permanente, prudente y diligente, los servicios de salud, a las señaladas e identificadas ***Pacientes***, reitero, conforme a los ***Protocolos Médicos y Guías de Manejo Institucional*** y lineamientos que la técnica establecida o ***Lex Artis***, exigía en el escenario clínico puesto de presente, con personal profesional especializado, idóneo y altamente calificado, especialistas en los servicios de ***Ginecología y Obstetricia***, Pediatría y ***Neonatología***, entre otros afines, quienes le ordenaron y practicaron todos los procedimientos a que daba lugar su tratamiento y recuperación, resguardando sus condiciones generales de salud, dadas las adversas condiciones generales de salud con que ingresará la ***madre gestante*** a este ***HOSPITAL***, sin precedente de tratamiento médico, formulado y/o prescrito, así, lo reseñan y consignan las notas y registros médicos, suscritos en los diferentes folios de su referida ***historia clínica***.-

Esta excepción de *INEXISTENCIA DE OBLIGACION Y RESPONSABILIDAD*, se fundamenta en el *artículo 13 del Decreto 3380 de 1.981*, cuyo contenido es el siguiente: "*Teniendo en cuenta que el procedimiento o tratamiento médico, puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica, al prescribir o efectuar un procedimiento o tratamiento médico*". Los *Profesionales de la Salud, especializada*, que suministraron la atención médica, asistencial, a la señora, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*, junto a su *hija, recién nacida.,* corresponden a un selecto grupo de *médicos especialistas*, de reconocida y amplia trayectoria profesional, entre quienes podemos destacar, a los *Doctores(as), DIEGO LEONARDO MONSALVE PINTO, MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA, SANDRA PATRICIA MORERA AGUILAR, OLGA LUCIA CUERO VIDAL* y *CAROLINA RENDON RESTREPO, Médicos(as) Especialistas en Ginecología y Obstetricia*, y, *SMITH CARRILO BAQUERO, Médico Especialista en Pediatra y Neonatología.*, quienes han desempeñado sus labores profesionales, en diferentes y reconocidas *instituciones de salud* de esta jurisdicción, ejerciendo la *docencia* ante reconocidas universidades públicas y privadas, tal como consta, en sus hojas de vida, avizoradas, quienes actuaron idónea, prudente, perita y diligentemente, en procura de obtener el bienestar, la recuperación o mejoría de sus (2) *Pacientes*, durante su corta estancia en el servicio de *Gineco.obstetriciade* este *HOSPITAL*, adoptando para el efecto, en su conjunto el *cuerpo médico asistencial*, tratante y quirúrgico, los procedimientos, tratamientos, estudios y las medicinas, tendientes a disminuir cualquier riesgo instaurado o sobreviniente, la ***historia clínica #118 48 96***, así, lo reseña y demuestra, a través de sus diferentes folios, (58) en total, que van desde las hojas de inscripción e ingreso en el servicio de Gineco.obstetricia, pasando por la hojas de historia clínica y evolución, ordenes médicas, notas de enfermería, registro individual de atención hospitalaria, control de signos vitales, actividad uterina, fcf (frecuencia cardiaca fetal), suministro de medicamentos, lev (líquidos endovenosos), resultados exámenes de laboratorio clínico e imágenes y ayudas diagnósticas (monitorias fetales, ecografías), hojas de registro de anestesiología y cirugía, hoja de atención neonatal, consentimientos informados, entre otros documentos de orden administrativo., Lo que se traduce, que ni, el *HOSPITAL*, ni su *cuerpo médico asistencial*, tratante e interviniente, adscrito al servicio de *Gineco.obstetricia y Pediatría,* generaron un riesgo no permitido.-

- Causal de Inculpabilidad., Por *culpa*, se entiende el factor subjetivo que pretende establecer una relación entre el hecho y la voluntad o querer del presunto responsable. Es un factor que para algunos es determinante y definitivo. Las normas del *derecho civil vigente*, no definen con precisión lo que significa el término *culpa*, utilizando en muchos casos, la definición que trae el *Código Penal*, a pesar de la diferencia que existe entre una y otra, inclinándose por la definición de los hermanos *Mazeaud*, para quienes la *Culpa* "es un error de conducta que no lo habría cometido una persona cuidadosa situada en las mismas condiciones externas que el autor del daño". Poco a poco, se está abriendo camino en la doctrina y la jurisprudencia colombiana, la llamada *culpa objetiva*, entendida como una presunción de culpa a favor del perjudicado cuando sobrevienen situaciones específicas que descargan en el causante del daño la obligación de probar que actuó prudente y diligentemente y que por lo tanto no tuvo participación en el resultado dañino. En el contexto del *acto médico*, la *culpa* se singulariza como una falta, como un defecto de la conducta o de la voluntad o del intelecto; una desatención o un descuido, la carencia de conocimientos científicos para el caso, o de la técnica aplicable.- "moctezuma barragán, gonzàlo," retos y perspectivas de la responsabilidad profesional del médico, en la responsabilidad del médico y los derechos humanos".- Estas limitaciones evidencian que no se previó lo que era previsible o se le previo, pero, no se observó la conducta para evitarlo.- En consecuencia, la *culpabilidad médica*, puede resultar de la *impericia, imprudencia, negligencia* o *violación de reglamentos*. De acuerdo al régimen tradicional de la *culpa probada* o responsabilidad subjetiva, <u>*corresponde al paciente*</u>, demostrar la

culpa de los *Profesionales de la Salud* o de la *Institución de Salud*, que le prestó el servicio, para que surja la responsabilidad.- La *responsabilidad subjetiva*, se traduce en la *obligación de medio* del *Profesional de la Salud*, en virtud de la cual, su deber de cuidado, consiste en el empleo de acciones y conductas para el restablecimiento de la salud, sin tener que curar, solo tratar y procurar lo mejor para su paciente, utilizando sus medios, cuidados y conocimientos. Es por ello, que la *Corte Suprema* de nuestro País, ha señalado que "*el médico 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, este deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación*". Y en el siguiente pronunciamiento, la *Corte Suprema*, reitera el principio de la culpa probada: "Si, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo, asistencia profesional, tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio especifico, este deberá, con sujeción a ese acuerdo, demostrar en línea de principio, el comportamiento culpable de aquel, en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico, en su caso, de tratamiento; lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él, padecido, sí, es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo en caso excepcional de la presunción de culpa, que, con estricto apego al contenido del contrato, puede darse, como sucede por ejemplo con obligación profesional catalogable como obligación de resultado" – "*CO. C.S.J. 12-SEP-1985, MP. HORACIO MONTOYA GIL".* En este mismo sentido, el tratadista, *SERGIO YEPES RESTREPO*, señala: "La razón de que el médico este sujeto a una obligación de medios, es que él, no pueda garantizar la curación de su paciente, debido a que este resultado no depende exclusivamente de su accionar individual, sino, que intervienen otros factores que pueden evitarlo, tales como reacciones imprevisibles del organismo, irreversibilidad de la misma enfermedad y daños existentes en los órganos del cuerpo, la curación entonces depende de un aleas y, por ello, el médico no está en la mayoría de los casos en la certeza de obtener ese resultado, razón por la cual no se puede comprometer a lograrlo, sino, a emplear los medios que normalmente conducen a conseguirlo . . . La regla general en la actuación médica, será la consideración de que su obligación es de medio, sobre todo a lo que el acto quirúrgico respecta y solo en algunas situaciones excepcionales se compromete el médico a lograr un resultado". En consecuencia, debe la parte *actora de la demanda*, en el presente litigio, asumir la carga probatoria, para demostrar el comportamiento culpable de *la parte demandada*, como uno de los requisitos que deben concurrir, para tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, por el contrario, en el caso puntual que nos ocupa, no se argumenta, ni se evidencian pruebas fehacientes, idóneas e incuestionables, que así, lo demuestren, todo parte de unos supuestos, hipótesis, presunciones, y oídas, fundadas subjetivamente, sin ningún criterio o argumento clínico y perito, a contrario sensu, es el *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI*, quién demuestra plenariamente su ausencia de responsabilidad y culpabilidad, frente a este caso en particular, con fundamento y soporte en los *registros y notas médicas* consignadas en la *historia clínica* de la señora, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*, junto a la de su *hija, recién nacida.*, registros y notas médicas, que serán objeto de fundamento y sustentación, a cargo de los *Profesionales de la Salud*, que allí, las suscribieron, en *audiencia pública virtual de rendición de testimonios y/o declaraciones*, que para tal fin señale el honorable despacho judicial de conocimiento.-

- Exoneración por cumplimiento de la obligación de medio., Al *cuerpo médico-asistencial*, tratante, adscrito a los servicios de *Gineco.obstricia* y *Pediatría* del *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI*, les correspondió atender cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular les exigía,

-

siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente de las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que con conlleva todo tratamiento médico, está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente, lo que llego a tornarse en irresistible frente al manejo implementado para sortearlo, pese a lo cual sobrevino. La conducta científica dispuesta por los *Profesionales de la Salud*, *Especialistas en Ginecología y Obstetricia y Pediatría y Neonatología*, fue correcta y conducente, tendiente a anticiparse a riesgos mayores o mayor morbimortalidad. Y, es que el *médico* contrae frente al paciente, una *obligación de medio* y no de resultado, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente, que normalmente y ordinariamente puede alcanzar la curación, sin que ello, signifique, que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.- Bástenos traer a colación la *cita jurisprudencial* que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento técnico: "*. . . . considerar que la obligación médica, es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual, no es de recibió, pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él, quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no pueden imputarse a un comportamiento irregular de la entidad*". – (*Sentencia de Agosto 24 de 1.989. Expediente 11.833 - Consejero Ponente Dr. JESUS MARIA CARRILLO BALLESTEROS*).-

- *Exoneración por estar probado que el cuerpo médico-asistencial, adscrito a los servicios de Gineco.obstetricia y sala de Recién Nacidos de este HOSPITAL, que brindaron los servicios de salud a la señora, MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*, junto a la de su *hija, recién nacida., Obró con la debida idoneidad, diligencia, prudencia, celeridad y oportunidad, sujeto a los PROTOCOLOS MÉDICOS Y GUÍAS DE MANEJO INSTITUCIONAL, y lineamientos que la técnica establecida o LEX ARTIS, exigía en el escenario clínico puesto de presente...*, con ocasión de su *ingreso* a la sala de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL*, el día ***25*** *de Septiembre de 2.019*, donde se le brindo la atención médica asistencial y quirúrgica a la señalada *madre gestante*, cuyo motivo de consulta, textualmente refería: "ME SALIO LIQUIDO"., siendo valorada y asistida en el acto, por parte de las Doctoras, *OLGA LUCIA CUERO VIDAL*, y *CAROLINA RENDON RESTREPO*, *Médicos(as) Especialistas en Ginecología y Obstetricia*, quienes refieren que la *Gestante*, consulta por perdida de líquido vaginal hace *dos días*, acompañado de cefalea, mareo, fosfenos, tinnitus, epigastralgia, refiere además disminución de movimientos fetales, ordenándose en el acto, los correspondientes exámenes de laboratorio clínico, ayudas e imágenes diagnósticas, monitoria fetal y afinamiento por 2 horas, suministro de líquidos endovenosos, control de signos vitales cada 4 horas, fcf (frecuencia cardiaca fetal) y actividad uterina, formulando un *dx.*(diagnostico) de ingreso, consistente en "*RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS*" **+** "*CONTRACCIONES INADECUADAS PRIMARIAS*", se traslada a la "*sala de trabajo de parto*", deambulando por sus propios medios, consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, hemodinámicamente estable, en trabajo de parto, fase latente, actividad uterina irregular., ya sobre las horas de la noche y madrugada del día ***26*** *de Septiembre de 2.019*, la *Gestante*, es revalorada por el Dr. *DIEGO LEONARDO MONSALVE PINTO, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia*, quien del mismo modo refiere que la señora, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*, se encuentra en trabajo de parto en fase activa, con un dx. (diagnóstico), de "*DIABETES GESTACIONAL + HIPERTENSION ARTERIAL A ESTUDIO*" para descartar *PRE-ECLAMPSIA*, colegialmente sobre las horas de la madrugada, junto con el Dr. *JORGE ELIECER VALENCIA RESTREPO*, también *Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia*, se determina trasladar la *Gestante*, a la unidad de *ARO* (alto riesgo obstétrico), se refuerza el tratamiento farmacológico formulado, se considera *MONITORIA FETAL* de control, continuar

vigilancia estricta de cifras tensionales, premonitorios y del bienestar materno fetal, se le explican pormenores de su tratamiento médico, instaurado, manifestando entender y aceptar, Así, está consignado en los diferentes folios de su historia clínica **# 118 48 96**, adjunta a la presente contestación de demanda, se prescriben nuevos exámenes paraclínicos especializados, dada sus comorbilidades, sin manejo antihipertensivo, ya, sobre las primeras horas del día, *26 de Septiembre de 2.020*, le corresponde el turno a la Dra. *MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA, Médico(a) Especialista en Ginecología y Obstetricia*, quien refiere en su nota y/o registro médico, textualmente, *ARO E.28 Dx: 1. G1P0 2. Embarazo de 39.2 ss. 3. HIPERTENSION GESTACIONAL 4. FUVC 5. OBESIDAD MATERNA 6. CULTIVO POSITIVO SGB.* Pte. refiere sentirse en buenas condiciones, percibe movimientos fetales, niega perdidas vaginales, niega premonitorios, *Monitoria Fetal 12+35 pm.* reactiva, sin dinámica uterina, variabilidad adecuada.- Se considera inducción fallida y se indica *CESAREA* por falla en la inducción médica, se le explican riesgos y pormenores, entiende y acepta., se proceden a diligenciar y notificar por parte de su *cuerpo médico especialista*, tratante los "*CONSENTIMIENTOS INFORMADOS*", para el suministro e inducción de la *Anestesia*, previo al acto quirúrgico programado de *CESAREA*, en los mismos términos y con antelación, se había diligenciado, el *Consentimiento* de "*Inducción del Trabajo de Parto*".- *Acto quirúrgico* consistente en una *CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL*, que se realiza sin complicaciones para la *madre gestante*, en el *Quirófano #02 de Obstetricia*, a cargo de la citada Dra. *MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA, Médico(a) Especialista en Ginecología y Obstetricia*, asistida por el Dr. *JORGE RODRIGUEZ MONROY, Médico Especialista en Anestesiología y Reanimación*, *Alumbramiento* dirigido, obteniendo un "*feto cefálico femenino con líquido amniótico abundante con meconio claro*", se entrega *Recién Nacido(a)* al equipo médico adscrito al servicio de *Pediatría*, en cabeza del Dr. *SMITH CARRILLO BAQUERO, Médico Especialista en Pediatría y Neonatología,* quien inicia "*reanimación cardiopulmonar y posterior intubación orotraqueal*", ordenando su traslado a una *UCIN* (unidad de cuidados intermedios) *Neonatal,* con cupo disponible, lográndose sin dilaciones ni contratiempos un *cupo disponible* en la *UCIN Neonatal* de la *CLINICA DE LOS REMEDIOS de la ciudad de Cali*, periférica a este *HOSPITAL*, traslado que se realiza en *Ambulancia medicalizada*, incubadora con soporte de 02, vena canalizada, personal médico y paramédico a bordo.- Ahora bien, sobre las primeras horas de la mañana del día *28 de Septiembre de 2.019*, el *cuerpo médico especialista*, tratante e interviniente, adscrito al servicio de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL*, procede a dar salida a la señora, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*, para continuar manejo médico ambulatorio, al encontrarla en buenas condiciones generales de salud, deambulando por sus propios medios, consciente y orientada en sus tres esferas (t/l/p), tolerando vía oral, niega dolor torácico y abdominal, niega cefalea, fosfenos y tinnitus, niega epigastralgia, entre otros síntomas., se le entrega fórmula médica, cita de control por el servicio de Gineco.obstetricia alto riesgo, en una semana, recomendaciones para planificación familiar, retiro de puntos en 12 días, signos de alarma para consultar prioritariamente por el servicio de urgencias, dados sus múltiples y complejos antecedentes patológicos.-

Por consiguiente, reitero su *señoría*, la labor de los *Profesionales de la Salud, especializada*, se desarrolló dentro de los lineamientos esperados, conocida como *LEX ARTIS*, debemos destacar que la *MEDICINA*, no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos difieren en complejidad y escala de dificultades, los resultados de estos procedimientos médicos podrán ser esperables, pero, nunca predecibles, ya que ningún médico, por ejemplo, en el caso que nos ocupa, *Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología,*, por más expertos(as) y hábiles que sean, pueden garantizar previo a la intervención o al tratamiento, un resultado ciento por ciento, satisfactorio, ya que en el mismo procedimiento o tratamiento, se pueden presentar situaciones inherentes a las características individuales del *paciente* o idiosincrasia, como es el resultado de agentes externos.- Ahora bien, pese de

-

haberse implementado en su oportunidad el tratamiento médico reconocido y aceptado por la ciencia moderna, basado en evidencias, no significa que eventualmente se presenten circunstancias de caso fortuito que constituyen un hecho muchas veces imprevisible y que aun siendo previsible, resulta inevitable. Siendo así, no se demuestra ningún error en la práctica médica por insuficiencia de conocimiento o por negligencia en el diagnóstico o por falta de cuidado; se observa claramente, que la conducta de los *Profesionales de la Salud, especializada* y su grupo *asistencial* y *quirúrgico*, que atendieron a la señora, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*, junto a su *hija, recién nacida*, no merecen ningún reproche, puesto que no se evidencia la violación a un deber de cuidado o que se hubiese infringido la obligación de actuar con prudencia. El *deber de cuidado* solo se viola, si, se actúa con *negligencia, impericia, imprevisión de lo previsto* y *bajo la inobservancia de leyes y reglamentos, órdenes* y *disciplinas que rigen la actividad médica*, denominados *PROTOCOLOS MÉDICOS Y GUIAS DE MANEJO INSTITUCIONAL*, para las respectivas *patologías*. El *cuerpo médico asistencial*, tratante e interviniente, adscrito a los servicios *de Gineco.obstetricia y sala de Recién Nacidos del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI*, No incurrió en mala práctica médica, que hubiere podido comprometer la *Responsabilidad Civil Institucional* de esta *Institución de Salud del Nivel II de mediana complejidad*, organismo de salud de origen privado, de utilidad común y sin ánimo de lucro, que se sostiene con la venta de sus servicios de salud.- Traigo a colación, la presente publicación del tratadista, *HORACIO GÓMEZ ARISTIZABAL*, quién ha publicado varios libros, sobre responsabilidad civil profesional médica, en su mayoría derivada de *actos médicos* de profesionales de la salud, responsabilidad penal de los mismos, durante sus 55 años de ejercicio intenso de la abogacía, ante las altas cortes y magistraturas, textualmente, reza: "El profesional de la salud que inicia un tratamiento médico, o realiza un procedimiento terapéutico, para salvar la vida de un enfermo, Obra legítimamente, púes, la salvación de una vida, es un fin legítimo; el que inicia un tratamiento médico, o realiza un procedimiento terapéutico, movido sólo por un deseo de imprudente experimentación científica, comete un hecho delictuoso, porque su actuación es ilegítima". Diccionario Jurídico Penal Plaza & Janes Selección Cultura Colombiana – Pàg.97 Parágrafo Segundo. Podemos concluir, que el *cuerpo médico asistencial*, adscrito a los servicios de *Gineco.obstetricia y sala de Recién Nacidos de este HOSPITAL*, bajo su propia responsabilidad, Obró legítimamente, cumplió su función y/o obligación *ética médica*, consagrada en la *Ley 23 de 1.981*, que consagra un conjunto de normas destinadas a proteger el responsable y honesto ejercicio de la *medicina*, a la vez, que garantiza a la sociedad en general, el cumplimiento de los principios sobre los cuales descansa una adecuada relación *médico-paciente* y cuyo uno, de sus pilares fundamentales del juramento médico, consagra textualmente: "velar, solícitamente y ante todo, por la salud de mi paciente", "enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica y a los más puros dictados de la ética".

- La Innominada., Conforme a lo dispuesto en el *artículo 282 del Código General del Proceso*, el cual, reza textualmente, lo siguiente: "*En cualquier tipo de proceso, cuando el juez, halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, . . .*", en concordancia con el *artículo 187 de la Ley 1437 de 2.011*, el cual preceptúa textualmente en su segundo parágrafo: "*En la sentencia se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquiera otra que el fallador encuentre probada. . . .*", con fundamento en estos preceptos legales, solicito su *señoría*, que en la *sentencia* definitiva, decida sobre cualquier otra *excepción*, que usted, en su leal saber y entender, encuentre probada en el *proceso*. Me refiero con ello, a cualquier hecho o derecho, a favor de mi *mandante*.-

P R U E B A S :

Solicito su ***señoría***, que sean decretadas y tenidas como tales y/o practicadas, las siguientes ***pruebas***:

D O C U M E N T A L E S :

1. Copia del Poder especial, conferido para mi actuación en el proceso de la referencia, debidamente diligenciado y autenticado ante Notario Público, en (2) folios.

2. Copia auténtica de la Cédula de Ciudadanía del Dr. CARLOS ALBERTO MORERA ORDOÑEZ, Director General y Representante Legal del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, (vto/poder).

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

4. 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.

5.- 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.

6.- Un (1) Llamamiento en Garantía, a "LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES"., Compañía de Seguros, legalmente establecida en Colombia, y con quien, el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, suscribió una(s) Póliza(s) de Responsabilidad Civil Profesional, vigente(s) para la fecha de acontecimiento de los hechos, que dieron origen a la presente demanda Verbal de Responsabilidad Civil Médica, en (156) folios, archivo formato pdf.-

A N E X O S :

Al presente escrito de ***Contestación de la demanda y Llamamiento en Garantía***, me permito adjuntar, los documentos relacionados en el acápite de ***Pruebas***, correspondiente.-

T E S T I M O N I A L E S :

Declaración de Terceros:

Sírvase su ***señoría***, previa fijación de fecha y hora, para que tenga lugar la

audiencia pública de rigor, citar y hacer comparecer (virtual y/o presencialmente) ante su honorable despacho, a las personas que más adelante identificaré, todas ellas mayores de edad y vecinas de esta ciudad, quienes bajo la gravedad de juramento, con exhibición de documentos, rindan declaración sobre los hechos de la demanda, sobre la contestación y en especial, declaren sobre el tipo de atención médica asistencial y quirúrgica, brindada por mi *representado*, a la señora, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA*, junto a su *hija, Recién Nacida*, señalando, si, fue atenta e idónea, adecuada y permanente, prudente y diligente, responsable y personal, si, se ajustó a los "Protocolos Médicos y Guías de Manejo Institucional", y lineamientos que la técnica establecida o Lex Artis, exigía con ocasión del diagnóstico de ingreso, conforme al Nivel II de mediana complejidad, además de las circunstancias de *tiempo, modo y lugar*, en que se produjo su evolución, procedimientos y tratamientos a que fueron sometidas en los servicios de *Gineco.obstetricia*, salas de *Cirugía (Qx) y Recién Nacidos*, del *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI*, idoneidad y experiencia de los *Profesionales de la Salud*, que brindaron la atención médica asistencial y quirúrgica, entre otros interrogantes de que serán objeto, estando las citadas *Pacientes*, a cargo de otras *Instituciones de Salud*.-

***1.- Dra. SANDRA PATRICIA MORERA AGUILAR**, Médico(a) Especialista en Ginecología y Obstetricia,* quién auscultó, valoró y asistió inicialmente, a la madre gestante, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA,* en el servicio de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL.*, Se puede *Citar* a través de su *Correo Electrónico*: **morerasandra27@gmail.com**

***2.- Dra. OLGA LUCIA CUERO VIDAL**, Médico(a) Especialista en Ginecología y Obstetricia,* quién del mismo modo, auscultó, valoró y asistió inicialmente durante su reingreso, a la madre gestante, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA,* en el servicio de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL.*, Se puede *Citar* a través de su *Correo Electrónico*: **linary67@hotmail.com**

***3.- Dra. CAROLINA RENDON RESTREPO**, Médico(a) Especialista en Ginecología y Obstetricia,* quién del mismo modo, auscultó, valoró y asistió durante su reingreso, a la madre gestante, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA,* en el servicio de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL.*, Se puede *Citar* a través de su *Correo Electrónico*: **huesos121@hotmail.com**

***4.- Dr. DIEGO LEONARDO MONSALVE PINTO**, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia,* quién del mismo modo, auscultó, valoró y asistió durante su reingreso, a la madre gestante, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA,* en el servicio de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL.*, Se puede *Citar* a través de su *Correo Electrónico*: **diegomleo@hotmail.com**

***5.- Dr. JORGE ELIECER VALENCIA RESTREPO**, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia,* quién del mismo modo, auscultó, valoró y asistió durante su reingreso, a la madre gestante, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA,* en el servicio de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL.*, Se puede *Citar* a través de su *Correo Electrónico*: **jovalre56@yahoo.com**

***6.- Dra. MARIA ADELAIDA VELEZ GARCIA**, Médico(a) Especialista en Ginecología y Obstetricia,* quién auscultó, valoró y asistió durante su reingreso, a la madre gestante, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA,* en el servicio de *Gineco.obstetricia* de este *HOSPITAL.*, del mismo modo, quién realizó en el *Qx.* #02 de *Cirugía Obstétrica* el acto quirúrgico de *CESAREA*, a la misma., Se puede *Citar* a través de su *Correo Electrónico*: **madelaida8@gmail.com**

7.- Dr. SMITH CARRILLO BAQUERO, Médico Especialista en Pediatría, quién auscultó, valoró, asistió y remitió, a la *Recién Nacida, hija* de la señora, *MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA,* en la sala de *Recién Nacidos* de este *HOSPITAL.*, Se puede *Citar* a través de su *Correo Electrónico*: **smithcarrillo2011@hotmail.com**

F U N D A M E N T O S D E D E R E C H O :

Invoco como fundamentos de derecho, aplicables al presente caso, los siguientes:

Código General del Proceso (artículos 64, 65 y 66), y normas concordantes con la Ley 1437 de 2.011, artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia, Ley 80 de 1.993, (artículos 1, 3, 12 y concordantes), Ley 100 de 1.993 y normas concordantes, Decreto 2148 de 1.982 (artículo 11 Numeral 98), Decreto 3381 (artículo 13), Acuerdos 10 y 26 de 1.999 , Acuerdo 080 de 1.995, Ley 23 de 1.981 y todas aquellas normas concordantes y aplicables al presente caso, materia de litigio.

D I R E C C I O N E S Y N O T I F I C A C I O N E S :

- Las *mías*, las recibiré en la secretaría 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*, las recibirá en la *DIRECCIÓN GENERAL* del *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI*, ubicado en lá Carrera 4 No.17-67 del Barrio San Nicolás.-

- *Dirección o Correo Electrónico para efecto de Notificaciones Judiciales*:

juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co

- Los *Demandantes* y sus *Apoderados Judiciales*, recibirán *notificaciones*, en las *direcciones electrónicas,* suministradas por ellos, en el *libelo de las notificaciones* de su *demanda*.

En los términos aquí señalados, sírvase su *señoría*, reconocerme personería, para actuar.-

Atentamente, 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

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Departamento Jurídico
CALI

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3 Principal
Bogotá D.C., Colombia Av Calle 6 No 34ª – 11.

Fecha Admisión: 24/02/2025 16:48
Fecha Prog. Entrega: 26/02/2025

GUÍA No. 9179833531

DATOS DEL REMITENTE

Nombre: OMER MOSQUERA BEJARANO
D.I/NIT: 1144125296
Origen: CALI-VALLE-COLOMBIA
Dirección: KR 31 #43 - 71 POBLADO 1
Cod. Postal 760022276
Teléfono: *****10475
E-mail: *****NE@GMAIL.COM

DATOS DEL DESTINATARIO

Nombre: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DOCTOR CARLOS ALBERTO MORERA
Destino: CALI-VALLE-COLOMBIA
Dirección: CRA 4 #17 - 67 BARRIO SAN NICOLAS
Cod. Postal 760044401
Teléfono: *****92222
E-mail: *****ICO@HOSPITALDESANJUANDEDIOS.ORG.CO

Quien entrega: HERALIO COD CDS 020416
Observaciones en la entrega:

DATOS DEL ENVIO

Producto: DOCUMENTO UNITARIO
No. Remisión: SE0000079555501
B. Seguridad:
No. Sobreporte:
Cam Pers1:
Cam Pers2:
Cam Pers3:
Peso Físico Kg: 1.00
Volumen Cm:
Peso volumétrico:
Total de piezas: 1
Tiempo de entrega: NORMAL
Medio de transporte: TERRESTRE
Valor Declarado COP: $5000
Valor Cobrado COP: $7850
Forma de pago: CONTADO
Régimen: Mensajería expresa
Dice contener: DOCUMENTOS

Recibí a conformidad
Fecha: 26/02/2025 15:28

Quien recibe:
Identificación:

DG-S-CL-PM-F-150 V.

INTENTOS DE ENTREGA

FECHA	CAUSAL DEVOLUCION	NOTIFICACION

DEVOLUCIÓN AL REMITENTE

Powered by CamScanner

Doctor
JESUS MARIO ORTIZ GARCIA
Juez Catorce Civil del Circuito de Cali
E. S. D.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
259 Años

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. 16.797.547de Cali
***D**irector **G**eneral y **R**epresentante **L**egal*
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI

ACEPTO EL PODER Y PIDO PERSONERIA.

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.
A**poderado **J**udicial **HOSP. SAN JUAN DE DIOS

Departamento Jurídico CALI

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA OCTAVA DE CALI
Diligencia de Reconocimiento

07 MAR 2025

En el despacho notarial se presento
Carlos Alberto Herera.
16.797.547 Cali.
Declaro que la firma que aparece en el presente documento es suya y que el contenido del mismo es cierto.

Firma del compareciente

Notaria Octava de Cali

EL SUSCRITO NOTARIO OCTAVO DEL
CIRCULO DE CALI DEJA CONSTANCIA QUE
EL OTORGAMIENTO Y FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO
SE REALIZO FUERA DEL DESPACHO DE LA NOTARIA
EL DÍA 07 DEL MES MAR DEL AÑO 2025
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: Adiela Herrera –Técnico de Apoyo
Reviso: Sandra Patricia Mishaza Castrillon – Líder de Programa

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.oo)** 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

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
MEDICO DIRECTOR GENERAL
CALI

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.oo)** 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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
MEDICO DIRECTOR GENERAL
CALI

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 clausulas 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 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 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.oo)** 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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
MEDICO DIRECTOR GENERAL
CALI

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 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 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 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 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 RM 910/03
MEDICO GINECOLOGO Y OBSTETRA

Carolina Rendón R.
Ginecobstetra
RM 910/03

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@hotamil.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.oo)** 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 clausulas 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. 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.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 años	0 mes	0 dias	SEXO	F

FECHA DE INGRESO	18/09/2019 08:49:35	FECHADE EGRESO	18/09/2019 14:37:39
SERVICIO DE INGRESO	SALA DE OBSTETRICIA	SERVICIO DE EGRESO	SALA DE OBSTETRICIA
ESTADO GENERAL AL INGRESO	ESTABLE	ESTADO GENERAL AL EGRESO	ESTABLE

REGISTRO: 282435

MOTIVO DE LA CONSULTA: "VENGO PARA MONITORIA

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE 27 AÑOS G1P0 FUR 19/12/18 UPARA 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.

ANTECEDENTES: 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

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 ECODGRAFIA Genital/Recto :TV: CUELLO BLANDO PERMEABLE Extremidades : NORMAL Neurologico :SIN ALTERACION NEUROLOGICA APARENTE MOTORA O SENSISTIVA

CONDUCTA: PACIETNE 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 | DILIGENCIO: SANDRA PATRICIA MORERA AGUILAR | CERTIFICADO

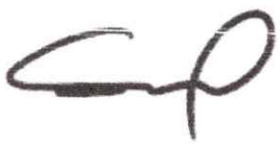
SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

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

IDENTIFICACIÓN DE MEDICO: 38602285 | RM: 38602285

REGISTRO MEDICO Y CARGO: GINECOLOGA OBSTETRA /CIRUJANO

Fecha y Hora de Impresion : 5/03/2025 16:21:09 RedSalud V.1.0.20

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

HISTORIA CLINICA - SALA DE OBSTETRICIA

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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

I. DATOS DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | PE | 827963824101991 | HISTORIA | 1184896 | 3 | SEXO | F | Registro | 982524

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	
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 : "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 PREMOINITOPRIOS.

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

LO 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	Termino : 37 - 42	ULTIMA SEROLOGIA	28/08/2019
EXPULSION FETO	No aplica	RIESGO DE PARTO	No aplica	RESULTADO SEROLOGIA	NO REACTIVA

V. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES	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 :	PACIETNWE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, DESPIERTA, CONCIENTE
PIEL / MUCOSAS:	NORMAL
CABEZA / OJOS / ORL:	NORMAL
CUELLO Y TORAX:	NORMAL
CARDIO - PULMONAR:	NORMAL
ABDOMEN - ESPALDA:	GRAVIDO, E.G 39 SS POR ECODGRAFIA
GENITALES - TACTO:	TV: CUELLO BLANDO PERMEABLE
EXTREMIDADES:	NORMAL
NEUROLOGICO:	SIN ALTERACION NEUROLOGICA APARENTE MOTORA O SENSISTIVA
DIAGNOSTICO:	PACIETNWE CON E.G 38. 1 SS POR ECOGRAFIA
O320	CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS ok

CONDUCTA ORIGEN | SALA DE OBSTETRICIA | DESTINO | Observación

PACIETNE 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

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. G1P0 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 Roda

SERVICIO obstetricia

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

DESCRIPCION DEL INFORME

FCF Basal: 130 lpm
Variabilidad: Moderada
Ascensos: Si
Descensos: No.

Bienestar fetal Conservado

Dra. Sandra Morera
Ginecóloga Obstetra
Reg. 76247 / 2010

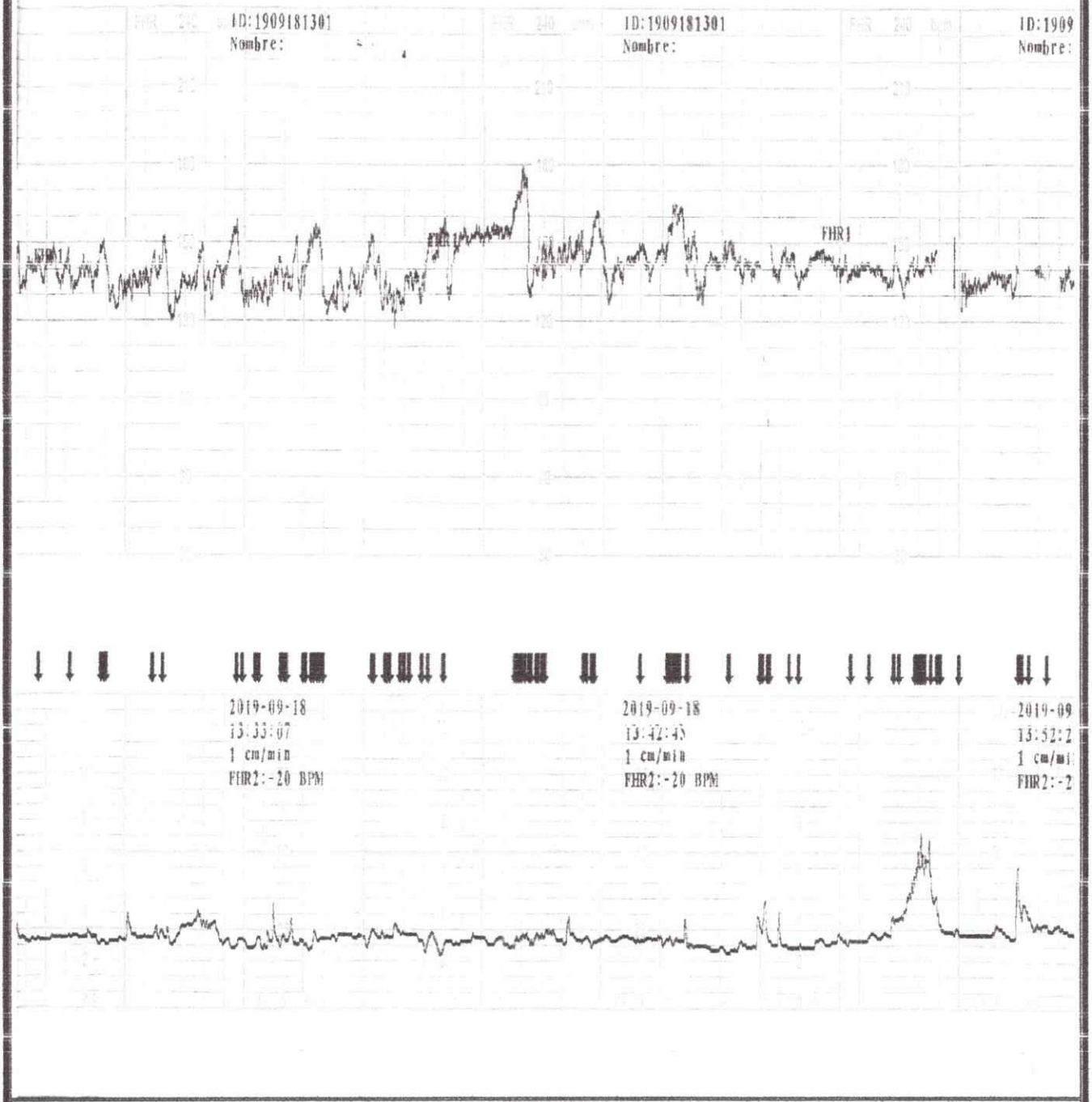
COD. 13469

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

Otro | FECHA : 18/09/2019 23:12:41 | DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL | PACIENTE : MILEXIS ANDREINA | HISTORIA : 1184896



OBSERVACION :

PAGINA :24 - 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									
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 :	FECHA EVOLUCION :	ASISTENCIAL : KELLY LORENA DAZA GONZALEZ	REGISTRO :	CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA	SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA	CAMA :
2492510	18/09/2019 15:27:39		0			0

NOTA : 08:49 Ingresa paciente a sala de admisiones, deambulando por sus propios medios en compañia de familiar, paciente alerta, consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, hemodinamicamente estable, se observa respirando a medio ambiente sin ninguna dificultad conabdomen 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, cosnciente 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.

DIAGNÓSTICOS CIE: O620 CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS

DIAGNÓSTICOS 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/5003s00000IksgkAAB/...

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	Dirección IPS
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS (/prestadores/s/detail/0016A00000ajOlzQAA)	CRA 4 # 17-67
Sede IPS solicitante	**Teléfono IPS**
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (/prestadores/s/detail/0016A00000ajJRhQAM)	

Información de la atención y servicios solicitados

Origen de la atención	Destino del paciente
Enfermedad general	Observación
Clasificación triage	**Servicio Solicitado**
III	890750 (/prestadores/s/detail/a1l6A000002UUFoQAO)
Remitido	**Tipo de servicio solicitado**
No	Reporte de Urgencias
IPS que remite	**Diagnóstico**
	O620 (/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

Teléfonos alternos

Dx relacionado 1

Fecha y hora de ingreso
18/09/2019 09:00 a. m.

Dx relacionado 2

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

Información general

Número de caso
04162730201909

Propietario del caso
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS ADMISIONES (/prestadores/s/profile/0056A000002Na0BQAS)

Asunto
REPORTE URG PE 827963824101991 MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA 19/09/2019

Estado
Nuevo

Descripción
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.

Origen del caso
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
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

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

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

Destino del paciente
Observación

Clasificación triage
III

Servicio Solicitado
890750 (/prestadores/s/detail/a1l6A000002UUFoQAO)

Remitido
No

Tipo de servicio solicitado
Reporte de Urgencias

IPS que remite

Diagnóstico
O620 (/prestadores/s/detail/a1E6A000001Gfe6UAC)

Municipio IPS que remite

Modelo Diagnóstico
MATERNO PERINATAL

Departamento IPS que remite

Descripción de diagnóstico
CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 116946	CONTENIDO : Otro	FECHA : 25/09/2019 09:16:36	DIGITALIZO : MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ	PACIENTE : MILEXIS DIAZ	HISTORIA : 1184896

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

La salud es de todos | Minsalud

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 IDENTIFICACION	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:** 190.144.60.2

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 se encuentra vinculado 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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

COOSALUD EPS
Su PAS de la transición

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

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	FECHADE 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 FUR: 19/DICIEMBRE/2018 EXTRAPOLADA PARAELDIADE HOY 40SS.CON PRIMERA ECOGRAFIA 28/FEBRERO/2019 EDAD GESTACIONAL DE 8.4 SS EXTRAPOLADAPARA HOY 38.3 DIAS. CONSULTOI 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/2019GLICEMIA 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, HOSPITALIARIOS: NIEGA, QUIRURGICOS: NIEGA, TRAUMATOLOGICOS: NIEGA, GINECOOBSTETRICOS: G1 P0, CON 7 CONTROLES PRENATALES. MENARCA 13 AÑOS SEXARCA: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

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 CONPRESENCIA DE VERGETURES PERIUMBILICAL, CICATRIZ HIPOPIGMENTADA A NIVEL SUPRAUMBILICAL DE 2 CM . Genital/Recto :GENITALES NORMOCONFIGURADOS, CUELLO INTERMEDIO BLANDO , PERMEABLEAUNDEDOSEPALPANMEMBRANAINTEGRAS NOSALIDADELIQUIDO Extremidades : EXTREMIDADES SIMETRICAS, MOVILES , NO DOLOROSAS , FOVEA POSITIVA LLENADO CAPILAR >2 SEGUNDOS ,PULSOS PERIFERICOS PRESENTES. Neurologico :ALERTA,ORIENTADA,SIN APARENTE DEFICIT MOTOR O SENSITIVO

CONDUCTA: DX: G1P0AO .EMBDE38.3SSOBESIDAD EDECDESOLCITAPERFILTOXEMICY MONTIROIAFETAL,AFINAMINETODETAPOR2HRAS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

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

EVOLUCION: PACIENTE G1C1. PUERPERIO MEDIATO. POP CESREA POR INDUCCION FALLIDA. EN ABO EN CONTEXTO DE HIPERTENSION GESTACIONAL SIN REQUERIMIENTO DE MANEJO ANTIHIPERTENSIVO Y CON CIFRAS 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 PALLIDUM 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, 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 OLOR, HERIDA QUIRURGICA ROJA Y CON SALIDA DE SECRECION, MAMAS ROJAS Y DURAS)

maria a Velez

MARIA ADELAIDA VELEZ

IDENTIFICACIÓN DE MEDICO	29127981	RM	5067905
REGISTRO MEDICO Y CARGO	MEDICO GINECOSTETRA - CIRUGIA		

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

HISTORIA CLINICA - SALA DE OBSTETRICIA

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

Registro 984508

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

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 PARAELDIADE HOY 40SS.CON PRIMERA ECOGRAFIA 28/FEBRERO/2019 EDAD GESTACIONAL DE 8.4 SS EXTRAPOLADAPARA HOY 38.3 DIAS. CONSULTOI 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/2019GLICEMIA 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, HOSPITALIARIOS: 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/JULIO0/2018 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 , PERMEABILIDADDOSERALBANMEMBRANAINTEGRAS NOSALIDADELIQUIDO

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: .....

O429	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	ok	O620	CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS	ok

CONDUCTA	ORIGEN	SALA DE OBSTETRICIA	DESTINO	Hospitalizado (Internación)

DX: G1P0AO ,EMBDE38.3SSOBESIDAD EDECDESOLCITAPERFILTOXEMICY MONTIROIAFETAL AFINAMINETODETAPOR2HRAS

Medico OLGA LUCIA CUERO VIDAL

31970102 MEDICO GINECOBSTETRA CIRUGIA

Registro Medico 550-95

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 08:53:17 | MEDICO : MARIA ADELAIDA VELEZ | REGISTRO : 5067905 | CARGO : MEDICO GINECOBSTETRA 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 MEDIATO 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 :PERITALTISMO 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 MEDIATO, 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-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO EN 15 DIAS, SE INDICA TOMA DE PRESIÓN 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 OLOR, 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 : NORMAL

DIAGNOSTICOS CIE10:	O13X	HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	O828	OTROS PARTOS UNICOS POR CESAREA
DIAGNOSTICOS CIE10:	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS		

FIRMA : Maria A Velez G

EVOLUCION : 1171950 | FECHA EVOLUCION : 27/09/2019 20:09:08 | MEDICO : DERLY JENNY GARCES CABAL | REGISTRO : 1261-91 | 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 : ptc 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		

DIAGNOSTICOS
CIE10:

FIRMA :

EVOLUCION : 1171913	FECHA EVOLUCION : 27/09/2019 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 premontiorios 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 : 1171595	FECHA EVOLUCION : 27/09/2019 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 : 1171403	FECHA EVOLUCION : 26/09/2019 23:06:35	MEDICO : CAROLINA RENDON RESTREPO	REGISTRO : 910-08	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 : PACIENTE DE 28 AÑOS DX: 1. POP CESAREA DEL 26/09/2019 HORA : 18.15 , 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 SOBREAGREGADOS ABDOMEN : NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE , SIN MASAS, UTERO TONICO INFRAUMBILICAL , HERIDA QUIRURGICA SANA , SIN COLECCIONES , SIN DESHICENCIAS GU: LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, NO FETIDOS EXT: EDEMA G I 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 TROMBOPROFILAXIS 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:	O16X	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA			
DIAGNOSTICOS CIE10:					

FIRMA :

EVOLUCION :	FECHA EVOLUCION :	MEDICO :	REGISTRO :	CARGO :	SERVICIO :
1171290	26/09/2019 15.50.27	MARIA ADELAIDA VELEZ	5067905	MEDICO GINECOBSTETRA CIRUGIA	SALA ALTO RIESGO OBSTETRICO

SUBJETIVO : ARO E: 28 DX: 1. G1P0 2. EMBARAZO DE 39.2 SS 3. HIPERTENSION GEATCIONAL 4. FUVC 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 REACTVA, 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 : NORMAL

DIAGNOSTICOS CIE10:	O140	PREECLAMPSIA MODERADA	O610	FRACASO DE LA INDUCCION MEDICA DEL TRABAJO DE PARTO
DIAGNOSTICOS CIE10:				

FIRMA :

EVOLUCION :	FECHA EVOLUCION :	MEDICO :	REGISTRO :	CARGO :	SERVICIO :
1171142	26/09/2019 12:01:47	MARIA ADELAIDA VELEZ	5067905	MEDICO GINECOBSTETRA CIRUGIA	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. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL 4. OBESIDAD MATERNA TRATAMIENTO: -AMPICILINA 1GR C/6HRS 07 CONTROL PRENATAL (INICIO 11.4SS). TA NORMALES EN CONTROLES. INICIO IMC 34. GANANCIA PESO. 8KG. ECOGRAFIAS.

EVOLUCIONES

*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, FUVC, DI, PLACENTA POSTERIOR GI, ILA NORMAL, CRECIMIENTO EN PERCENTILES ACORDES, PFE 528GRS (P25-50). *26/08/2019: EG 35SS, CRECIMIENTO EN P25-75, FUVC, PLACENTA POSTERIOR GII, ILA NORMAL, PFE 2.404GRS(p25). PARACLINICOS: MARZO/2019: HB 12.3 HCTO 35.3 PLT 383.000. GLICEMIA 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. CTOG 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 SOBREAGREGADOS.

ABDOMEN / ESPALDA :UTERO GRAVIDO. AU 34CM. FUVC. 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 <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 TENSIONALE EN METAS, SIN MANEJO ANTIHIPERTENSIVO, SIN ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE, SIN PROGRESIÓN 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 TENSINALES, 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 : NORMAL

DIAGNOSTICOS CIE10:	O13X	HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
DIAGNOSTICOS CIE10:		

FIRMA :

EVOLUCION : 1170970	FECHA EVOLUCION : 26/09/2019 09:00:05	MEDICO : JORGE ELIECER VALENCIA R.	REGISTRO : 02134-89	CARGO : MEDICO GINECOBSTETRA - 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 G1PO- EMBARAZO 40.1SEM CON HIPERTENSION GESTACIONAL EN INDUCCION CON MISOPROSTOL ULTIMA 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:	O13X	HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
DIAGNOSTICOS CIE10:		

FIRMA :

EVOLUCION :	FECHA EVOLUCION :	MEDICO :	REGISTRO :	CARGO :	SERVICIO :
1170919	26/09/2019 06:03:46	JORGE ELIECER VALENCIA R.	02134-89	MEDICO GINECOBSTETRA - CIRUGIA	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 SOPLOS, 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 AMNIORREA EXT: EDEMA G I DEMSIS,PULSOS ++/+++ , ROT: ++/++++. SNC: SIN DEFICT NEUROLOGICO. AP / PACIENTE CON EMBARAZO A TEMINO 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 CIE10:	O16X	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA
DIAGNOSTICOS CIE10:		

FIRMA :

EVOLUCION :	FECHA EVOLUCION :	MEDICO :	REGISTRO :	CARGO :	SERVICIO :
1170911	26/09/2019 03:29:20	DIEGO LEONARDO MONSALVE	80041584	MEDICO GINECOBSTETRA - CIRUGIA	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 SOPLOS, 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 AMNIORREA EXT: EDEMA G I DEMSIS,PULSOS ++/+++ , ROT: ++/++++. SNC: SIN DEFICT NEUROLOGICO. AP / PACIENTE CON EMBARAZO A TEMINO 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 CIE10:	O16X	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA
DIAGNOSTICOS CIE10:		

FIRMA :

EVOLUCION :	FECHA EVOLUCION :	MEDICO :	REGISTRO :	CARGO :	SERVICIO :
1170909	26/09/2019 02:43:58	DIEGO LEONARDO MONSALVE	80041584	MEDICO GINECOBSTETRA - CIRUGIA	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 ARTERAIL A ESTUDIO- DESCARTAR PRE-ECLAMSIA REFIERE ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, NO AMNIORREA, 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, ALR¿ERTA, 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 SOBREAGREGADOS, 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 CIE10:	O16X	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS
CIE10:

FIRMA :

EVOLUCION :	FECHA EVOLUCION :	MEDICO :	REGISTRO :	CARGO :	SERVICIO :
1170880	25/09/2019 23:12:34	DIEGO LEONARDO MONSALVE	80041584	MEDICO GINECOBSTETRA - CIRUGIA	SALA DE OBSTETRICIA

SUBJETIVO : NOTA DE EVOLUCION
OBJETIVO :
PIEL :NORMAL
CABEZA / MAXILOFACIAL :NORAML
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 ARTERAIL A ESTUDIO- DESCARTAR PRE-ECLAMSIA REFIERE ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, NO AMNIORREA, 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, ALR¿ERTA, ORIENTADA CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES: T/A: FC: FR: 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 SOBREAGREGADOS, 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 CIE10:	O16X	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS
CIE10:

FIRMA :

EVOLUCION :	FECHA EVOLUCION : 25/09/2019 15:54:55	MEDICO : CAROLINA RENDON RESTREPO	REGISTRO : 910-08	CARGO : MEDICO GINECOBSTETRA - CIRUGIA	SERVICIO : SALA DE OBSTETRICIA
1170696					

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 REFEIRE SENTIRSE BIEN , MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES , NIEGA PERDIADS 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 SINGOS 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 1 DEDO , E: -2 , MEMBRANAS INTEGRAS, SINSANGRADO , SIN AMNIORREA EXT: EDEMA G I DEMSIS,PULSOS ++/+++ , ROT: ++/++++ AP / PACIENTE CON EMBARAZO A TEMINO 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:	O16X	HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS
CIE10:

FIRMA :

SOPORTE DE IMAGENES
REGISTRO : 121768 | CONTENIDO : Otro | FECHA : 29/09/2019 11:42:08 | 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) 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		37105

DESCRIPCION DEL INFORME

FCF base 130
FCF ritmo NO
audens SI
Desaceleraciones NO

Categoria I

COD. 13489

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE ELABORO EL INFORME

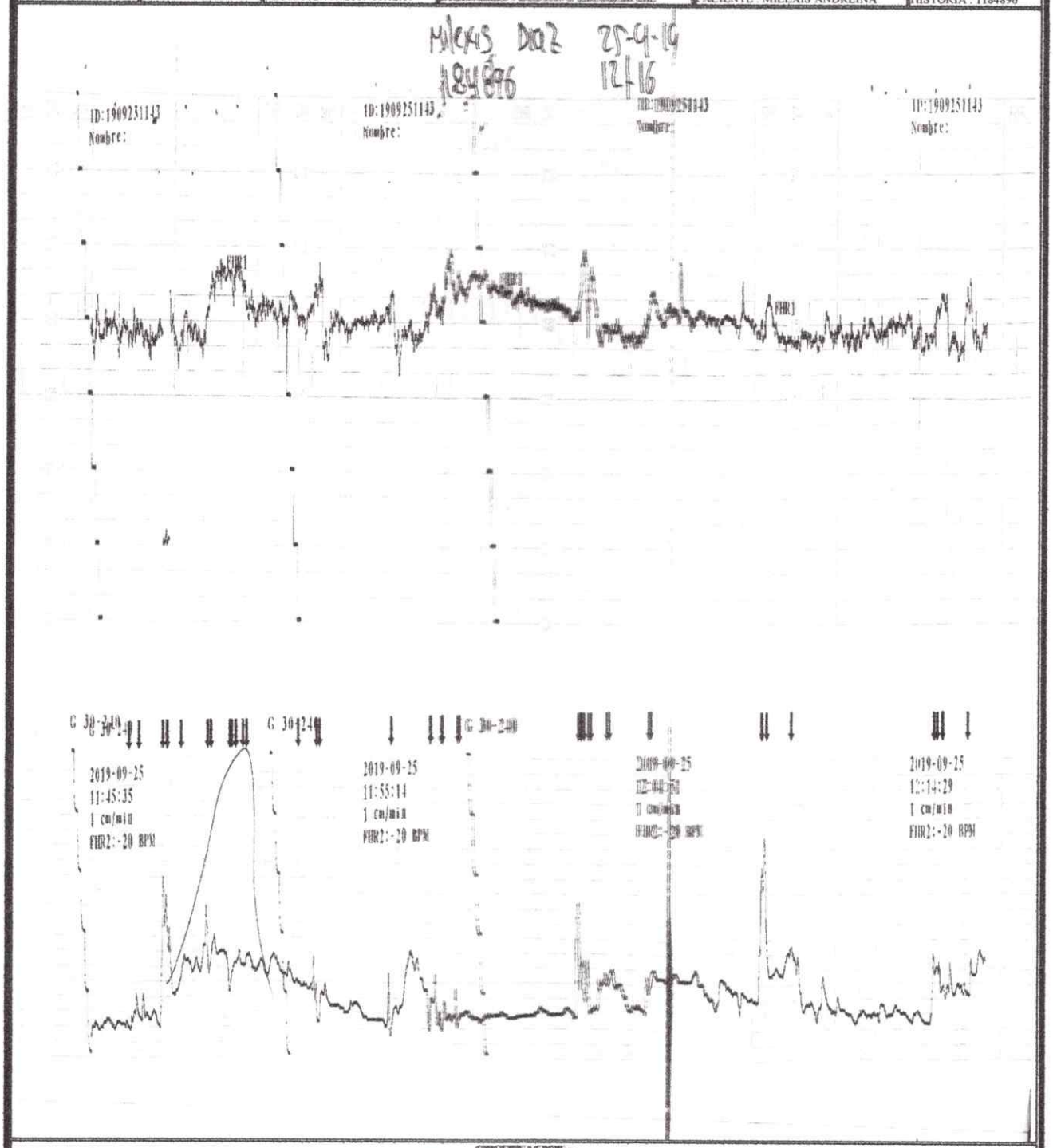
OBSERVACION :

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121769	CONTENIDO : Otro	FECHA : 29/09/2019 11:42:17	DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL	PACIENTE : MILEXIS ANDREINA	HISTORIA : 1184896



OBSERVACION :

PAGINA :44 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

H O S P I T A L
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		31101
MONITORIA FETAL A.	X	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
Libre - Buenos Aires
R.M. 5067905 C.C. 29.127.981

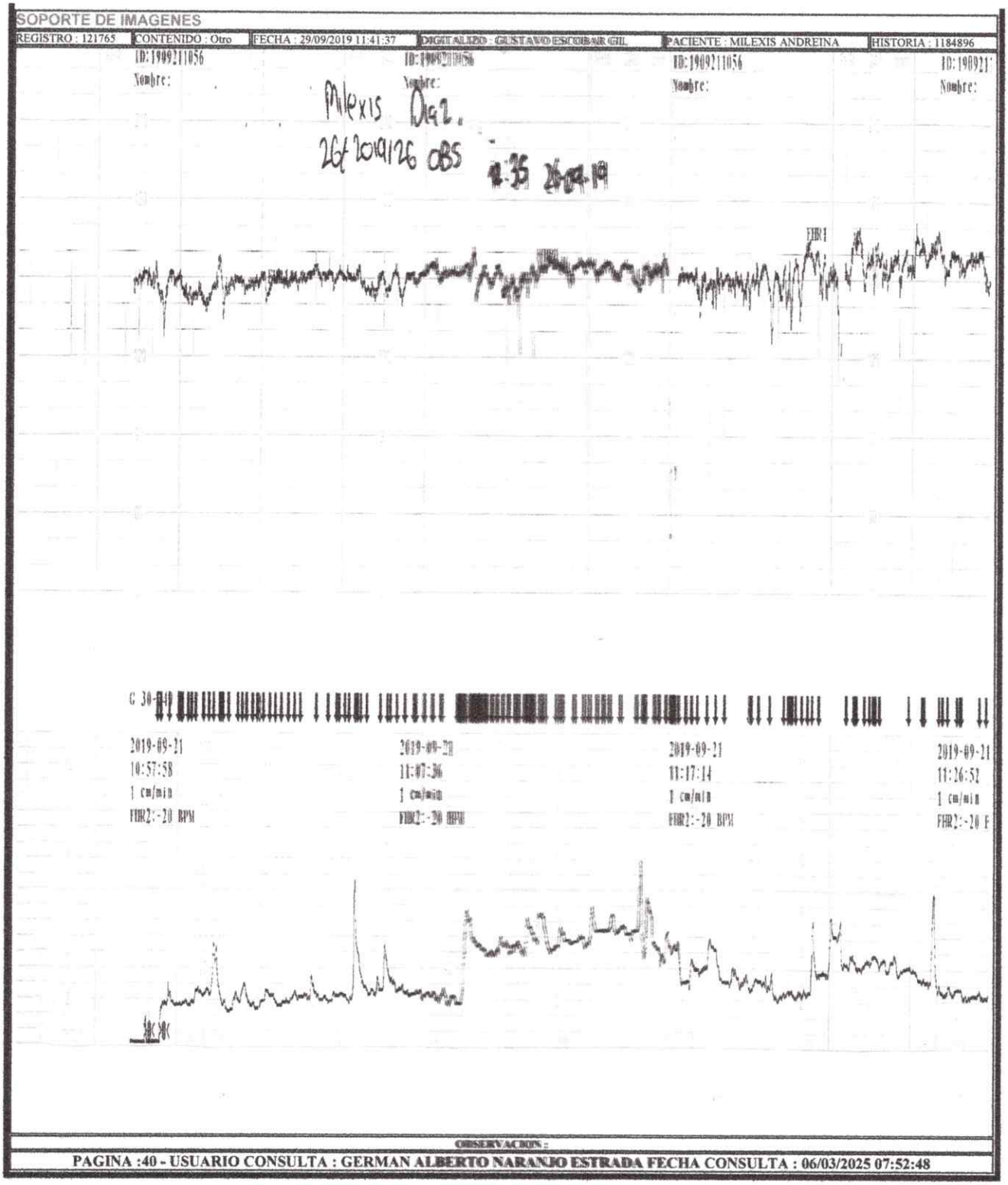
COD. 13469

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE ELABORO EL INFORME

OBSERVACION :

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

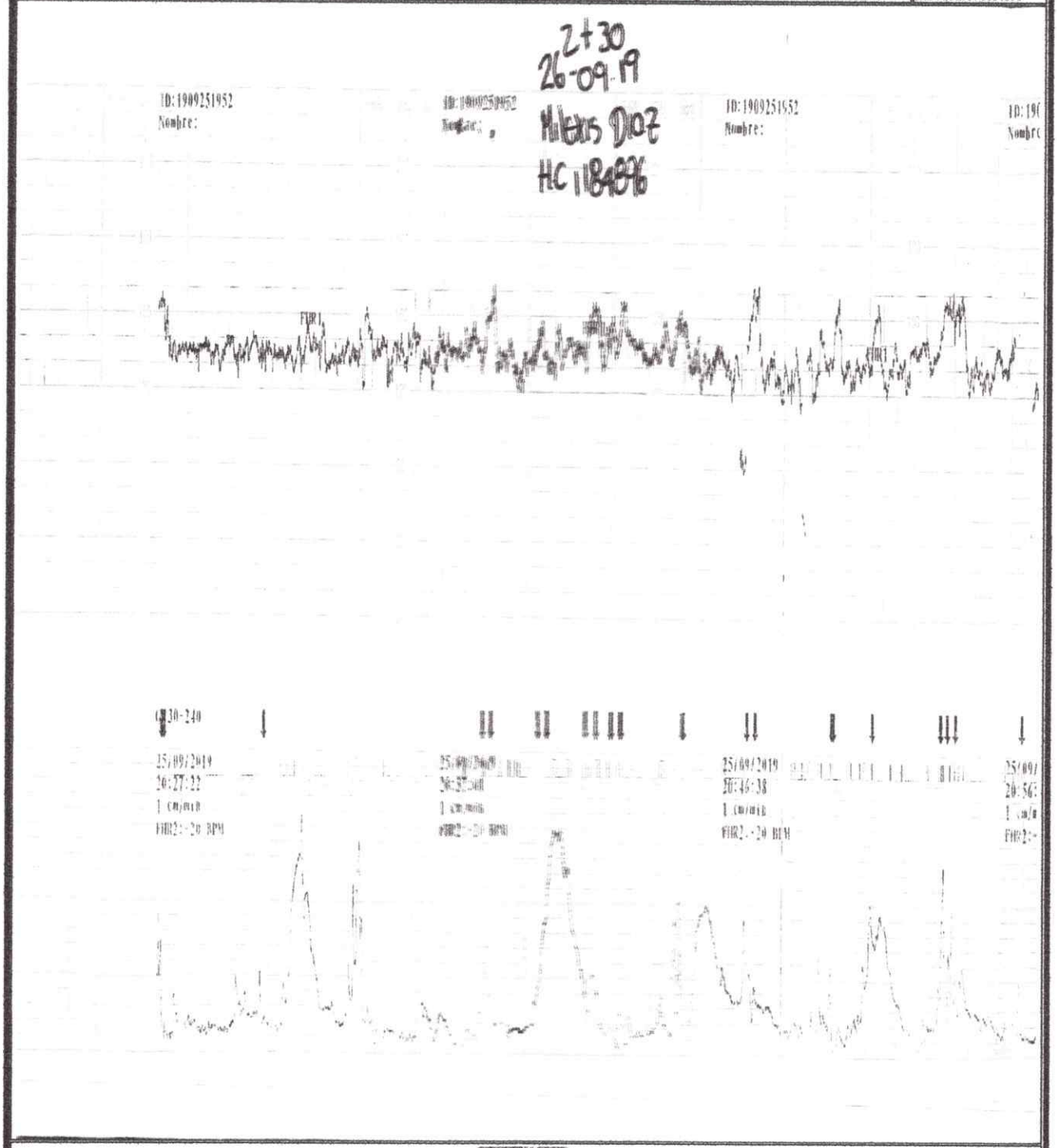
DOCUMENTO DIGITALIZADO



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

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121767	CONTENIDO : Otro	FECHA : 29/09/2019 11:41:58	DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL	PACIENTE : MILEXIS ANDREINA	HISTORIA : 1184896



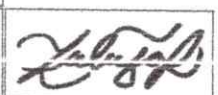
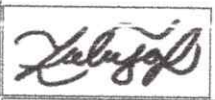
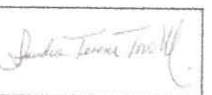
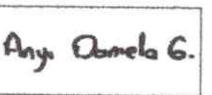
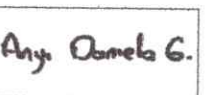
OBSERVACION :

PAGINA :42 - 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

INFORME DE LABORATORIO CLINICO

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: [illegible]	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:15	FECHA_RESULTADO: [illegible]	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: YHENSY LICETH ZULUAGA VALENCIA	REGISTRO: [illegible]	IDENTIFICACION: [illegible]		
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: 4352820	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:18	FECHA_RESULTADO: 26/09/2019 00:13:51	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: YHENSY LICETH ZULUAGA VALENCIA	REGISTRO: 0	IDENTIFICACION: 1144170347		
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: 4352813	FECHA_RECIBIDO: 27/09/2019 06:15:28	FECHA_RESULTADO: 27/09/2019 11:51:04	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: SANDRA TERESA TORO MUÑOZ	REGISTRO: 190	IDENTIFICACION: 34554563		
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA [TGP-ALT]	1184896	827963824101991	MILEXIS		DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
001	RESULTADO	6.6	.	.	.		
NRO. ORDEN: 4352813	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:24	FECHA_RESULTADO: 25/09/2019 22:31:34	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: ANYI DANIELA GIRALDO BECERRA	REGISTRO: 1053844428	IDENTIFICACION: 1053844428		
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: 4352813	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:22	FECHA_RESULTADO: 25/09/2019 22:31:24	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: ANYI DANIELA GIRALDO BECERRA	REGISTRO: 1053844428	IDENTIFICACION: 1053844428		
903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]	1184896	827963824101991	MILEXIS		DIAZ	RADA
CODIGO	REFERENCIA	RESULTADO	MINIMA	MAXIMA	UNIDAD_RESULTADO		
001	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL-(LDH)	168	Mujeres 135-214	.	U/L		

010	OBSERVACIONES :	.	Hombres 135-225	.	U/L	
NRO. ORDEN: 4352813	FECHA_RECIBIDO: 25/09/2019 20:14:27	FECHA_RESULTADO: 25/09/2019 22:31:31	BACTERIÓLOGO/PROFESIONAL: ANNI DANIELA GIRALDO BECERRA	REGISTRO: 1103564428	IDENTIFICACION: 1103564428	
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	10^3/uL	
202	RBC	4.08	3.8	5.8	10^6/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	10^3/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	10^3/uL	
209	RDW-SD	40.10	10.0	15.0	fL	
210	RDW-CV	12.40	10.0	15.0	%	
211	[illegible]	11.30	7.0	11.0	10^3/uL	
212	NEU#	7.63	1.2	6.8	10^3/uL	
213	LYMPH#	2.02	1.2	3.2	10^3/uL	
214	MONO#	0.70	0.300	0.800	10^3/uL	
215	EOS#	0.09	0.100	0.500	10^3/uL	
216	BASO#	0.02	0.000	0.400	10^3/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	
002805	CREATININA EN SUERO ORINA 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	PROTEINUIRA 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	

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES

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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
CALI - COLOMBIA

NOMBRE: Milexis Andreina Diaz Rada.

HC.Nº 1 1 8 4 8 9 6 Especialidad OBSTETRICIA

Dx. Preoperatorio: INDUCCIÓN FALLIDA.

Cirugía propuesta: CESÁREA.

EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

SEXO: ♂ (♀) EDAD: 27 AÑOS PESO: 85 Kg. FC: 93/min TA: 120/82 FR: 22/min SPO2 94 %

CARDIOVASCULAR: HTA, E. CORONARIA, ANGINA, ARRITMIA, IDC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, INS.VENOSA, TROMBOFLEB ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.
NEGATIVO.

RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INF.RCIENTE, DISNEA, CIGARRILLO, TBC, OBSTR VÍA AÉREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS.
NEGATIVO.

METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD.
NEGATIVO.

GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTÓMAGO LLENO, ENF.ACIDOPÉPTICA, SANGRADO, HERNIA HIATAL, OBSTRUCCIÓN.
NEGATIVO.

RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURÉTICOS, DIÁLISIS. NEGATIVO.

NEUROLÓGICO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLIAN BARRÉ, HIPERTENSIÓN, GLASGOW.
NEGATIVO

MUSCULOESQUELÉTICO: MIASTENIA, TÉTANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.
NEGATIVO.

HEMATOLÓGICO: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIONES.
NEGATIVO.

HEPÁTICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VÍAS BILIARES. NEGADO.

ALERGIAS: No conocidas.

GINECO-OBSTÉTRICO: FUR, ANOVULATORIOS, EMBARAZO. G: P:; Embarazo a término.

DROGAS NEGATIVO.

ANESTESIAS PREVIAS: TÉCNICA, FECHA, COMPLICACIONES.
NEGATIVO.

PREDICCIÓN DE INTUBACIÓN: FÁCIL OTROS: HIV, TESTIGO DE JEHOVA, ALCOHOLISMO, RAZA. NEGATIVO.

EXÁMES DE LABORATORIO: HB: 11,9 g/dl HTTO: 35 % Plaquetas: 329.000/mm³
PT. PTT: INR: E.C.G. Glicemia: mg./dl
Creatinina: mg./dl. Rx:

ASA 1 (2) 3 4 5 U RESERVA:
INDICE DE TRAUMA:

PLAN ANESTÉSICO: REGIONAL

PREMEDICACIÓN: NO.

CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de la naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos.

Fecha de evaluación: 26 DIA Sept. MES 2019 AÑO

Puede programarse SI [X] NO [ ]

JORGE RODRIGUEZ MONROY
ANESTESIOLOGO
RNAA 17386 347/86

Firma y CC del Paciente

ANESTESIOLOGO
Firma y sello

OBSERVACIONES:

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES
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: MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA.
HISTORIA CLINICA No: 1184896
Fecha: 26 / 09 / 2019 (Día / Mes / Año)

HORA: 19 — 1/2 — 18 — 1/2 — 19 — 1/2 — 20 — 1/2

AGENTES: L-BUPIVACAINA 15 mg. — O2 x CANULA NASAL

MONITORIA: N.M.T. — B.I.S. — CO_2ET — P.A.N.I. — E.C.G. (DII): RS-RS-RS-RS- — SPO (%): 100-100-100-100

TA X — FC · — INDUCCIÓN — X — INCISION — A — TEMP. — Δ — FETO ♀♂ (ESP. ASI CONT)

DROGAS
INFUSIONES
SANGRADO
DIURESIS
POSICIÓN: D.L.I.

TIEMPO CIRUGIA: 42'
ANESTESIA
VENTILA MECANI
V.C.
F.R.
P.MAX

PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES Y ES TRASLADADA A RECUPERACIÓN.

1 L-BUPIVACAINA 15 mg
2 OXITOCINA 20 UI

Bloqueo: CONDUCTIVA:
Peridural — Caudal — Sitio L2-L3
Raquídea — A.R.I — Aguja
Simple — Contínua — Nivel

GENERAL:
Inducción R L Semi Selfick
Sistema Circ Unidir
SA SC C
Tubo Nº OT INT
Careta Masc.laring No.
OTRA:

Líquidos administrados		Líquidos eliminados	
L.Ringer	2000 cc	Sangre	± 400 cc
Solución salina	cc	Orina	± 200 cc
Coloides	cc	S.N.G.	cc
Sangre	cc	TOTAL	± 600 cc
TOTAL	2000 cc		

Estado al salir de S de O
Consciente
Semiconsciente
Profundo
Extubado
Intubado
Aldrete

Diagnóstico: G. P. A. O. C.; RN. 9
Operación: CESÁREA
Cirujanos: DRA. MARIA ADELAIDA VÉLEZ
Anestesiólogos: JORGE RODRIGUEZ MONTOY.

Info intraoperatorio - notas - complicaciones
MONITORIA: T.A., E.C. NO INVASIVA; CARDIOSCOPIO (DII); PULSIOXIMETRIA.

Detalles en la H.C. — NICC

OBSERVACIONES:

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

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

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	CIRCULANTE	66878079	ADONAI LOPEZ
ANESTESIOLOGO	16628590	JORGE RODRIGUEZ	INSTRUMENTADOR	1076818186	LEYDER MOSQUERA
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 PFANNESTIEL
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 RECIEN NACIDO A PEDIATRIA
ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO
REVISION DE CAVIDAD UTERINA
HISTERORRAFIA EN DOS PLANOS
REVISION DE HEMOSTASIA
CIERRE DE FASCIA CON VYCRIL Y PIEL 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	

maria a Velez G

Firma y Sello

RedSalud V.1

IMPRIME: GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA IMPRESION: 06/03/2025 08:23:00

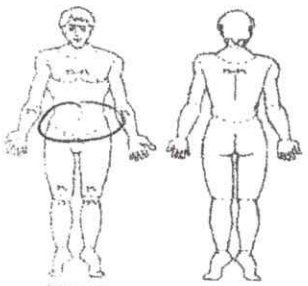
SOPORTE DE IMAGENES
REGISTRO : 121774 | CONTENIDO : Otro | FECHA : 29/09/2019 11:43:04 | DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL | PACIENTE : MILEXIS ANDREINA | HISTORIA : 1184896

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
Esperanza de Vida y Modelo de Servicio

HOJA DE ENFERMI
ADMISION PRE – QUIRURG

NOMBRE: Milexis Diaz
SEXO F [X] M [ ]
HC Nº 1184896 EDAD 28A FECHA SEP-26-19
HORA DE INGRESO:

Intervención QX Cesarea
Señale Sitio Anatómico de la QX



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

Antecedentes patológicos: Niega
Alergias: Acticlar Crema, Aspirina
Tratamiento actual: Niega

Posibles diagnósticos:
B+
12-4

RX:
EKG:
TIPO SANGRE:
RESERVA SANGUINEA SI [ ] NO [X]
CUANTAS UNIDADES?

Plaquetas:
TP:
INR:
GLICEMIA:
CREATININA:
OTROS:

Preparación preoperatoria:
Enema:
SNG:
S. Vesical:
Transfusión:
Plaquetas:
PPS:
Antibióticos: Si
C. Central:
C. periférico: 16
Rasurado (área):
Soluciones orales:
Profilaxis antibiótica:

Antisepsia de piel: Si
IEV: Si clase: SSNO.9%
Cantidad: 500 cc
Otros procedimientos: Niega
Ranitidina 50mg 17+12c
Metoclopramida 10mg 17+12c
Nombre Antibiótico: Ampicilina 2g Hora: 16+00 No aplica:

	SI	NO
Identificación	/	
Cirugía	/	
Consentimiento de anestesia firmado	/	
Consentimiento de procedimiento QX firmado	/	
Historia QX preparada	/	
Ayuno	/	
Canalización	/	
Micción	/	
Ropa interior Retirada	/	

	SI	NO
Prótesis retiradas	/	
Joyas Retiradas	/	
Uñas Despintadas	/	
Depilación	/	
Reserva sanguínea confirmada		/
Micción	/	
Ropa interior Retirada	/	

OBSERVACIONES:
PERSONA QUE PREPARA: Yeseniap HORA EN QUE PASA AL QUIROFANO A.M [ ] P.M [ ]

OBSERVACION :

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121775	CONTENIDO : Otro	FECHA : 29/09/2019 11:43:36	DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR 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

A: 26/09/2019
DO DE CONCIENCIA AL INICIO: DESPIERTO ☑ / SOMNOLIENTO / OBNUBILADO / ESTUPOROSO
DE INGRESO: 12:55

Liq.administrado	Vol.(cc)	Liq.eliminados	Vol.(cc)
SWO 9		Sonda vesical	1000
		S.N.G	
		Drenajes	1
		Tubo tórax	
total		total	

ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA PARAMETROS	PUNTOS	HORA 5'	15'	30'					PTE SALE
EVE LAS 4 EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE (A SOLICITUD)	2								
EVE LAS 2 EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE (A SOLICITUD)	1	1	1	1					2
APAZ DE MOVER LAS EXTREMIDADES	0								
AZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE Y TOSER	2								
ED 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% DEL NIVEL PREANESTESICO	0								
PLETAMENTE DESPIERTO	2								
IERTA 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
M			S						

MIENTO	DOSIS	VIA	HORA						
				T.A.	138/70	128/62	121/60	143/37	
				T.A.M.	96	78	85	6	
				F.C.	87	87	91	6	
				SaO2	95	95%	96%	9	
				T					

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

__/__/____ HORA DE EGRESO: __:__ / DESTINO: CASA:_____ SALA:_____ REMITIDO A:_____
dor (a): Marella-Damarteam. Quien lo traslada:_____

OBSERVACION :

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

SOPORTE DE IMAGENES
REGISTRO : 121776 | CONTENIDO : Otro | FECHA : 29/09/2019 11:43:45 | DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL | PACIENTE : MILEXIS ANDREINA | HISTORIA : 1184896

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

HC 1184896

HOJA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA

NOMBRE DEL PACIENTE Milexis Andreina Díaz Polo IDENTIFICACION 1 27963824 FECHA 26-4-2019

ANTES DE LA ADMINISTRACION DE LA ANESTESIA ENTRADA	ANTES DE LA INCISION CUTANEA PAUSA	ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO SALIDA
EL PACIENTE HA CONFIRMADOVERBALMENTE • SU IDENTIDADSI X • EL LUGAR DEL CUERPO SI X • NOMBRE DE CIRUGÍA SI Y • SU CONSENTIMIENTO SI Y	EL EQUIPO QUIRURGICO SE IDENTIFICA SI EL CIRUJANO, AYUDANTE E INSTRUMENTADORCONFIRMAN VERBALMENTE: • LA IDENTIDAD DEL PACIENTE SI • EL LUGAR DEL CUERPO A INTERVENIR SI • TIPO DE INTERVENCION SI	EL CIRUJANO CONFIRMA VERBALMENTE • NOMBRE DE INTERVENCION REALIZADA SI • NOMBRE Y Nº DE MUESTRAS A PATOGIAS SI LA CIRCULANTE VERIFICA EMBALAJE SEGURO DE MUESTRAS A PATOLOGIA SI
MARCA EN EL LUGAR DEL CUERPO SI NO APLICA X	EL CIRUANO ANTICIPA CASOS CRITICOS SI PASOS CRITICOS SI DURACION DE LA INTERVENCION SI PERDIDA SANGUINEA ESPERADA SI	EL INSTRUMENTADOR CONFIRMA VERBALMENTE • RECUENTO DE COMPRESAS, INSTRUMENTAL EN FORMA COMPLETA SI
EQUIPOS DE ANESTESIA VERIFICADOS SI Y PULSOXIMETRO COLOCADO Y FUNCIONANDO SI Y MEDICAMENTOS ANESTESICOS VERIFICADOS SI Y	EL ANESTESIOLOGO REPASA SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUNA PECULIARIDAD QUE SUSCITE PREOCUPACION SI	• INSTRUMENTAL QUE REQUIERA ATENCIÓN NO APLICA SI
TIENE EL PACIENTE • ALERGIAS CONOCIDAS SI NO Y • CUÀLES • DIFICULTAD CON VIAS AREAS SI NO Y • RIESGO DE ASPIRACIÓN SI NO Y • EL EQUIPO ESTA DISPONIBLE SI Y • RIESGO DE PERDIDA SANGRE > 500ML • SI NO Y RESERVA DE • VIA DE ACCESO VENOSA ADECUADA SI Y • LIQUIDOS E. V.NECESARIOSSI Y	EL INSTRUMENTADOR QUIRUGICO CONFIRMA • ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTALSI • RESULTADOS DE INDICADORES SI • VERIFICA EQUIPOS REQUERIDOS SI LA CIRCULANTE Y EL CIRUJANO VERIFICAN ADMINISTRACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS. NO APLICA SI ESTAN LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS PERTINENTES SI NO APLICA SI	EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO, LA CIRCULANTE REPASAN INQUIETUDES CLAVES QUE SE REQUIERAN PARA LA RECUPERACION Y MANEJO DEL PACIENTE • ESTADO HEMODINAMICO SI • ESTADO VIAS AEREAS Y L.E.V. SI • ESTADO DE HERIDA Y DRENAJES SI EL EQUIPO HUMANO VERIFICA MEDIDAS DE SEGURIDADPARA TRASLADAR PACIENTE A LA CAMILLA SI EL EQUIPO HUMANO VERIFICASEGURIDAD PARA TRASLADAR PACIENTE A RECUPERACION SI
FIRMA ANESTESIOLOGO	FIRMA CIRUJANO FIRMA INSTRUMENTADOR	FIRMA CIRCULANTE

OBSERVACIONES:

PAGINA :51 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

SOPORTE DE IMAGENES

REGISTRO : 121793 | CONTENIDO : Otro | FECHA : 29/09/2019 11:46:46 | DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL | PACIENTE : MILEXIS ANDREINA | HISTORIA : 1184896

REGISTRO INDICADORES PRODUCTO ESTERIL

26-9-2019 | 1184896 | Valentina Vega

Milexis Andrea Diaz Rada | Cesar

26 Sept/2019 PAQ. GENERAL

autoff

1250 Type 4 STEAM 121-134°C (250-273°F)

Line turns as dark or darker than color match when processed

3M

Cesar

sep 26 19 Oct 27 19

Adalo

REJECT ACCEPT

OBSERVACIONES :

PAGINA :64 - USUARIO CONSULTA : GERMAN ALBERTO NARANJO ESTRADA FECHA CONSULTA : 06/03/2025 07:52:48

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES
REGISTRO : 121777 | CONTENIDO : Otro | FECHA : 29/09/2019 11:43:53 | DIGITALIZO : 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	Nada
11+40	130/92		89	20	99%	36	Nada
12+10	130/89		98	20	96%	36	Nada
12+50	139/73		96	20	96%	36	Nada
1+50	139/73		97	20	96%	36.5	Xiomy.
2+50	154/86		71	22	98%	37.7	Xiomy
3+50	146/77		85	22	96%	37.	Xiomy
4+50	138/80		89	22	99%	36.	Xiomy
5+50	135/90		83	22	96%	37.	Xiomy
6+50	138/80		88	22	97%	36.5	Xiomy
7+00	115/75		85	19	98%	36.2	Xiomy

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 Diaz 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	120/60	84	76	19	95%	36°C	Maira
9:00	111/63	73	70	19	96%	36.2°C	Maira

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

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	SPO2	T°C	FIRMA
9+00	148/83.		86	18	98%	36.4	Nathal
10+00	130/74.		72	20	99%	36.2	Nathal
10+00	132/86	110	80x'	19x'	96%	36.3	Yesenia
11+00	127/84	98	79x'	16x'	96%	36.2	Yesenia
12+00	141/70	92	70x'	18x'	97%	36.3	Yesenia
13+00	125/69	84	83x'	20x'	96%	36.3	[illegible]
14+00	147/91	94	88x'	20x'	96%	36.3	[illegible]
15+00	129/81	92	88x'	16x'	96%	36°	Yesenia
16:00	131/78	94	97x'	20x'	96%	36.3	Yesenia
	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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

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	P/A	P/A MEDIA	FC	FR	SPO2	T°C	FIRMA
2200	123/64	86	85x'	16x'	96%	36.2	Yeseniad
23:00	126/71	83	74x'	20x'	96%	36	Yeseniad
00:00	119/74	84	92x'	16x'	96%	36.2	Yeseniad
1:00	100/80	75	96x'	20x'	96%	36	Yeseniad
2:00	110/60	80	97x'	16x'	97%	36	Yeseniad
3:00	107/66	75	72x'	16x'	93%	36.2	Yeseniad
4:00	105/58	68	75x'	16x'	96%	36.2	Yeseniad
5:00	119/64	81	86x'	16x'	98%	36.2	Yeseniad
6:00	135/74	86	80x'	16x'	96%	36.1	Yeseniad
7:00	128/77	91	83	19	97%	36.2	Nathali
8:00	122/79	82	84	19	97%	36.4	Nathali
9:00							

OBSERVACIONES:

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 | DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL | PACIENTE : MILEXIS ANDREINA | HISTORIA : 1184896

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS - CALI

Fecha: 27-09-2019

Paciente: Milexis Diaz

HISTORIA CLINICA 1184896

CONTROL DE SIGNOS VITALES

HORA	P/A	P/A MEDIA	FC	FR	SPO2	T°C	FIRMA
10:00	Paciente en sala de R-Nacidos						Naira
11:00	Paciente en sala de R-Nacidos						Naira
12:00	121/72	83	89°	19°	96%	36.4°C	Naira
14:00	130/69	81	91°	19°	96%	36°C	Naira
15:00	Paciente en sala de R-Nacidos						Naira
16:00	Paciente en sala de R-Nacidos						Naira
17:00	120/77	91	90°	19°	98%	36.3°C	Naira
18:00	115/71	82	96°	19°	98%	36.1°C	Naira
19:00	129/77	91	90x'	18x'	97%	36.2	Yesenia
20:00	126/83	95	83x'	18x'	96%	36.4	" "
21:00	122/79	93	86x'	16x'	96%	36	Yesenia

OBSERVACION :

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES
REGISTRO : 121771 | CONTENIDO : Otro | FECHA : 29/09/2019 11:42:35 | DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL | PACIENTE : MILEXIS ANDREINA | HISTORIA : 1184896

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

CONTROL DE TRABAJO DE PARTO

ENFEMERIA

Número de Afiliación: 1184896

Díaz — 1er. APELLIDO | Milexis — 2do. APELLIDO | NOMBRE

Fecha: 25-09-19

FECHA	HORA	FRECUENCIA	INTENSIDAD	DURACION	FETO CARDIA	OBSERVACIONES
25-9-19	15:01				142	Dra Pendon
25.9.19	21+15				145	x10mp Monitor
269.19	2+30				138	x10mp monitor
26-sp	8+00				142x1	Nethali-Monitor.
26-Sp	9+00.	Sin	Act	Ute.	144x1	Nethali-Monitor
" "	10+00				136x1	Presencia- monit
26-Sep	11+00	Sin	Act	Ute	138x1	" "
" "	12.00	"	"	"	150x1	" "
" "	13+00	Sin	Act	Ute	141x1	Presencia - Monit
"	14+00				150x1	" "
"	15+00	Sin	Act	Ute	140x1	Presencia - monit
26-Sep	16+00	"	"	"	16ix1	" "
" "	17+00				160x1	" "

COD. 2089

OBSERVACIONES:

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES
REGISTRO : 121787 | CONTENIDO : Otro | FECHA : 29/09/2019 11:45:55 | DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL | PACIENTE : MILEXIS ANDREINA | HISTORIA : 1184896

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO
(OTORGADO POR EL ARTICULO 15 DE LA LEY 23 DE 1981 Y POR LOS DERECHOS DEL PACIENTE)

Yo, Milexis Andreina Diaz Rada identificado (A) con la C.C N° 1.827.458.824.619.991 D.P. Cali. 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 (la) Doctor (a) Jorge Rodriguez Monroy me han explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse en mi 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: CESÁREA

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 empleara todos los medios a su alcance buscando seguridad para mi 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, laringoespasmo, broncoespasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos., hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorrespiratorio y muerte.

Técnica conductiva peridural: Hipotensión, 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 sistemáticas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorrespiratorio y muerte.

OBSERVACION :
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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES
REGISTRO : 121788 | CONTENIDO : Otro | FECHA : 29/09/2019 11:46:04 | DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL | PACIENTE : MILEXIS ANDREINA | HISTORIA : 1184896

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO	CODIGO	CIR-R-009
		VERSION	1
		PAGINA	Página 2 de 2
		FECHA	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 monitorea.

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 toxicas 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, entiendo 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 necesaria (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 RODRÍGUEZ MONROY
MEDICO ANESTESIÓLOGO
UNIVERSIDAD DEL VALLE - FACULTAD DE MEDICINA

FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO

347/96
REGISTO PROFESIONAL

FIRMA DEL TESTIGO

26 - Sptbre. - 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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO	CÓDIGO:	GIN-R-002
		VERSIÓN:	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 INDUCCION 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, dependiente 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 bebe. ESTA ATENCION 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 medina 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 medico 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 oxigeno 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 puede 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).

OBSERVACION :
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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

SOPORTE DE IMAGENES
REGISTRO : 121790 | CONTENIDO : Otro | FECHA : 29/09/2019 11:46:22 | DIGITALIZO : GUSTAVO ESCOBAR GIL | PACIENTE : MILEXIS ANDREINA | HISTORIA : 1184896

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO	CÓDIGO:	GIN-R-002
		VERSIÓN:	1
		Página:	2 de 2
		FECHA	2/05/2019

La posibilidad de complicaciones severas como histerectomía, pelvi-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 medico (a) anestesiólogo (a). Se me informa la necesidad de la presencia de un médico capacitado para la atención de mi recien nacido, quien ejercerá un acto médico independiente al cirujano obstetra.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del medico, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las deudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Manifiestos 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 previsión que conlleva el procedimiento médico-quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice INDUCCION MEDICA DEL PARTO y acepto SE REALICE CESÁREA en caso de complicaciones o si el equipo médico lo considera necesario.

A- Milexsd-

FIRMA DEL PACIENTE:

DP CC. 1.241.638.240 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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESAREA	CODIGO	GIN-R-001
		VERSION	1
		Página	1 de 1
		FECHA	2/05/2019

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

NOMBRE Milexis Andreina Diaz Roda C.C. 82496382410 1991

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 exhibir garantía en los resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta, debiendo mi medico 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.) hipotonía (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 requieran otras cirugías inmediatas (histerectomía o laparotomía) o posteriores tales como: eventraciones (hernias) adherencias, deiscencia de las suturas y otras. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi peritonitis, 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 presento 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 medico (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° 1082496382410 1991

Firma del familiar y/o acudiente
CC N° _____

Dra. María Adelaida Vélez G.
Ginecología y Obstetricia - Ecografía
Firma Médico
CC. N° Lérida - Bogotá, Aires
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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA ELISA PARA VIH	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 Diaz Rada identificado con la cedula de ciudadania N° PP 827963824101991 de Cali en calidad de PACIENTE en pleno uso de mis facultades mentales, manifestó.

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 recibiré una asesoría POST-PRUEBA (procedimiento mediante el cual me entregaran 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: 3126317753

Dirección: Cra 30 D #48-62 Jamaica Cosmos

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 infectadas por el VIH o de desarrollar el SIDA.

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

DOCUMENTO DIGITALIZADO

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

2578

HOSPITAL SANJUAN DE DIOS

RN 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 Coosalud - Subsidiado

"RIESGO BIOLOGICO MEDIANTE SANGRE" SI [ ] NO [ ]

* ANTECEDENTES

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

OTROS ANTECEDENTES VIH (-) 13 Marzo 19, Toxoplasma IgG (+) IgM (-) 13 Marzo 19, CBV (-) 20 Agosto 19, Ag Hb no trae

* 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 O² Si DROGAS No

* APGAR 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

SNC Estupor OJOS Pupilas Reactivas ORL Mucosas humedas CP MV disminuido

ABD Blando, Depresible EXT Extremidades, hipotonia, Simetricas M/ESQUELETICO Normal

GNO Y GENITALES Femenino normoconfigurado MECONIO Si MICCION No

COMENTARIO Se recibe recien nacido dormido, se realiza reanimacion cardiopulmonar, no responde a estimulos, con pobre adaptacion al ambiente, se realiza pinzamiento umbilical con alcohol, oftalmico con gentamicina, se aplica VitK en muslo izquierdo se toman medidas antropometricas, se pone manilla de identificacion, se traslada a UCIN

* DIAGNOSTICO
  1. BNAT = 40 semanas CODIGO
  2. PAEG = 3420 CODIGO
  3. Sexo = Femenino CODIGO
  4. Pobre adaptacion al medio ambiente CODIGO
* PLAN: 1. Hospitalizar UCIN, nada Via oral, Profilaxis oftalmica con Gentamicina, Profilaxis umbilical con alcohol
* DESTINO: PUERPERIO OBSERVACION INGRESO A LA UNIDAD R/N

REMISION A:

Smith Carrillo Baquero
PEDIATRA
T.P. 172111-08
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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

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 compañia de familiar, conciente y orintada en tiempo lugar y persona, hemodinamicamente estable, tolerando oxigeno 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 mambrana+contracciones inadecuadas primarias, al examen fisico se observa abdomen blando depresible, no doloroso, altura uterina de 34cm, dorzo izquierdo, cefalico, al tv genitales normoconfigurados, cuello intermedio blando, permeable aun dedo, membranas integras, no salida de liquido, Dra decide solicitar paraclinicos, perfil toxemico, monitoria fetal y afinamiento por 2horas 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 integras, 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 paraclinicos ordenados pendiente reporte, posterior se traslada paciente a sala de trabajo de parto consciente 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 BORRAMIENTO . 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 consciente 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:4.cm 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 HEMODINAICAMENTEM 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 MOVMIENTOS FETALES POR LA MATERNA CON FCF DE 142 LPM CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR AL TV CUELLO LARGO BLANDO CERRADO SIN PERDIDAD 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 INFUCION, RECIBIENDO Y TOLERANDO DOSIS DE MEDICAMENTOS, CON MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, CON UNA FCF:136LXMIN, SIN

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 RIESGO OBSTETRICO	CAMA : 9701

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	REGISTRO : 0	CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERIA	SERVICIO : SALA ALTO RIESGO OBSTETRICO	CAMA : 9701

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 HEMODINAMICAMNETE ESTABLE CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES DE 500 CC SOLUCION SALINA 0.9% PASANDO A 80 CC HORA POR EUIPO DE BOMBA DE INFUSION DX POST CESAREA DE 26/ SEPTIEMBRE/2019 MAS TRANSTORNO 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 ESPARADRAPO SONDA VESICAL A LIBRE DRENAJE DE ORINA CLARA SANGRADO VAGINAL MODERADO RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES RECIEN 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 RIESGO OBSTETRICO	CAMA : 9701

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 CONCENTIMIENTO DE ANESTECIA 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 RIESGO OBSTETRICO	CAMA : 9701

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 BALLES	REGISTRO : 0	CARGO : AUX ENFERMERIA CIRCULANTE	SERVICIO : SALA ALTO RIESGO OBSTETRICO	CAMA : 9701

NOTA : 18+55 INGRESA PACIENTE A SALA DE RECUEPRACION CIRUGIA EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA EN COMPAÑIA DE ANESTESIOLOGO Y CIRUCLANTE DE UN POP DE CESAREA SEGMENTARIA BAJO LOS EFECTOS DE ANESTESIA RAQUIDEA, SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITO + ESPARADRAPO, 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 :	CARGO : AUX ENFERMERIA CIRCULANTE	SERVICIO : SALA ALTO RIESGO OBSTETRICO	CAMA : 9701

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

BAJO EFECTOS DE ANESTESIA RAQUIDEA,POS QUOIRURGCOP 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 SONDA 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 : 2502408	FECHA EVOLUCION : 27/09/2019 06:30:56	ASISTENCIAL : YURI MARCELA SIERRA HERRERA	REGISTRO : 0	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 HEMODINAMICAMNETE ESTABLE CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES DE 500 CC SOLUCION SALINA 0.9% PASANDO A 80 CC HORA POR EUIPO DE BOMBA DE INFUSION DX POST CESAREA DE 26/ SEPTIEMBRE/2019 MAS TRANSTORNO 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 QUIRIRGICA 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 RECIEN 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, recien nacido hospitalizado en unidad por Asfixia Perinatal. Paciente afebril, respirando a medio ambiente sin dificultad aparente sp02 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:84,FC:76*,FR:19*,T:36.0.

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

NRO NOTA : 2504060	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, recien nacido hospitalizado en unidad por Asfixia Perinatal. Paciente afebril, respirando a medio ambiente sin dificultad aparente sp02 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 compañia 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 PERMEABLES CON SSN 0.9% 500CC A 80CC/H POR

BOMBA DE INFUCION, RECIBIENDO Y TOLERANDO DOSIS DE MEDICAMENTOS, CON MAMAS BLANDAS Y SECRETANTES, CON INVULUCION 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 : 2504594	FECHA EVOLUCION : 28/09/2019 00:20:37	ASISTENCIAL : SANDRA YESENIA DUQUE PULGARIN	REGISTRO : 229227	CARGO : PSICOLOGA	SERVICIO : SALA ALTO RIESGO OBSTETRICO	CAMA : 9701

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 RIESGO OBSTETRICO	CAMA : 9701

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 ENTREGO 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 INFUCION, RECIBIENDO Y TOLERANDO DOSIS DE MEDICAMENTOS, CON MAMAS BLANDAS Y SECRETANTES, CON INVULUCION 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 RIESGO OBSTETRICO	CAMA : 9701

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 INFUCION, RECIBIENDO Y TOLERANDO DOSIS DE MEDICAMENTOS, CON MAMAS BLANDAS Y SECRETANTES, CON INVULUCION 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 https://dynamicoos.force.com/prestadores/s/case/5003s00000IlwsiAAB/...

Search...

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

Caso
REPORTE URG PE
827963824101991 MILEXIS

Seguir Modificar Duplicar

Prioridad	Estado	Número del caso
Alta	Nuevo	04208737

Detalle (?tabset-30a07=1) Relacionado (?tabset-30a... Enviar a Docuware (?tabs...

Información Afiliado

Nombre de la cuenta	Tipo de registro del caso
MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA (/prestadores/s/detail/0016A00000lhiRGQAY)	Reporte de Urgencias
Documento	**Tipo régimen**
PE 827963824101991	S
Sexo.	**Edad**
F	27
Fecha Caso	**Hora Caso**
26/09/2019	07:42:07 a. m.

Información del prestador

IPS solicitante	Dirección IPS
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS (/prestadores/s/detail/0016A00000aj0IzQAA)	CRA 4 # 17-67
Sede IPS solicitante	**Teléfono IPS**
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (/prestadores/s/detail/0016A00000ajJRhQAM)	

Información de la atención y servicios solicitados

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 https://dynamicaos.force.com/prestadores/s/case/5003s00000IlwsiAAB/...

Clasificación triage
III

Servicio Solicitado
890750 (/prestadores/s/detail/a1E6A000002UUFoQAO)

Remitido
No

Tipo de servicio solicitado
Reporte de Urgencias

IPS que remite

Diagnóstico
O429 (/prestadores/s/detail/a1E6A00000IGfdSUAS)

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
O620 (/prestadores/s/detail/a1E6A00000IGfe6UAC)

Fecha y hora de ingreso
25/09/2019 08:30 a. m.

Dx relacionado 2

Información general

Número de caso
04208737201909

Propietario del caso
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS ADMISIONES (/prestadores/s/profile/0056A000002NaDBQA0)

Asunto
REPORTE URG PE 827963824101991 MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA 26/09/2019

Estado
Nuevo

Descripción
G1P0A0. PACIENTE 27 AÑOS DE EDAD FUR: 19/DICIEMBRE/2018 EXTRAPOLADA PARAELDIADE HOY 40SS.CON PRIMERA ECOGRAFIA 28/FEBRERO/2019 EDAD GESTACIONAL DE 8.4 SS EXTRAPOLADAPARA HOY 38.3 DIAS. CONSULTOI 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

Origen del caso
Portal de autogestión

OBSERVACION :

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

DOCUMENTO DIGITALIZADO

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 https://dynamicoos.force.com/prestadores/s/case/5003s00000IlwsiAAB/...

Fecha/Hora de apertura
26/09/2019 07:55 a. m.

Fecha de aprobación caso

(/prestadores/s/) Casos (/prestadores/s/case/Case/00B6A000004uggCUAQ) 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/0016A00000IhiRGQAY)

Tipo de registro del caso
Reporte de Urgencias

Documento
PE 827963824101991

Tipo régimen
S

Sexo.
F

Edad
27

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

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

La salud es de todos | Minsalud

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 IDENTIFICACION	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:** 190.144.60.2

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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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 EPS
En EPS de tu tranquilidad

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 Identificacion FECHA : 25/09/2019 08:16:47 DIGITALIZO : MARIA IDEL CARMEN RODRIGUEZ PACIENTE : MILEXIS DIAZ HISTORIA : 1184896

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Migración Colombia
PEP - RAMV

MIGRACIÓN

No. 827963824101991

Apellido(s)
DIAZ RADA

Nombre
MILEXIS ANDREINA

Cédula de Identidad
20652690

A través del código QR puede comprobar la validez de este documento

Sexo:
F

Nacionalidad
VENEZOLANA

Fecha de Nacimiento
1991/10/24

Fecha de Expedición
2018/08/17

Registro válido hasta dos (2) años a partir de su expedición

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

L L A M A M I E N T O E N G A R A N T I A

" L A E Q U I D A D S E G U R O S G E N E R A L E S "

PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

R A D I C A C I O N 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 : L L A M A M I E N T O E N G A R A N T I A
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 2.0**19** hasta las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.0**20**., 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 2.0**20** hasta las 00:00 horas del día 07 de Enero de 2.0**21**, 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*** (**m**adre de la afectada), mediante ***A****poderado* ***J****udicial*, piden se condene solidaria, administrativa y extracontractualmente, responsables, al ***HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI***, y ***LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES.***, a pagar los **p**erjuicios del orden ***M****aterial*, en las modalidades de ***d****año* ***e****mergente* y ***l****ucro* ***c****esante*, de un lado, de otro, **p**erjuicios del orden ***M****oral*, en la modalidad de ***p****erdida* ***d****e* ***o****portunidad,* *daño a la* ***S****alud*, y, ***d****año a* ***b****ienes* ***c****onvencional y* ***c****onstitucionalmente* ***p****rotegidos*., sí, los hubiere., con ocasión según el ***a****ctor de la* ***d****emanda*, "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 Belalcàzar Díaz", *acto* ***q****uirúrgico*, que se realizó sobre las horas de la tarde del día ***26*** *de* ***S****eptiembre del año 2.0****19***, en el ***q****uirófano de* ***o****bstetricia #02* del ***H****OSPITAL* ***S****AN JUAN* ***D****E* ***D****IOS* ***D****E* ***C****ALI*.-

SEGUNDO, Textualmente refiere el ***a****ctor de la demanda*, en los hechos ***4º.-***, ***5º.-***, ***6º.-*** *y* ***7º.-*** del acápite de los mismos del ***t****raslado de la demanda* (sin/foliatura), surtido a este ***H****OSPITAL*: **-** "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 solicito el quirófano para la realización de cesaría por urgencia; como resultado la niña nace con BICHPS desfavorable, y le realizan tres reanimaciones porque nació asfixiada, siendo diagnostica 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/foliatura), 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 manitos, 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 *Cali*, 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 2.0****19***, 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 2.0****20***, 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 **d**emandado, *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI*, a pagar los **p**erjuicios del orden ***Material***, en las modalidades de ***daño emergente y lucro cesante***, de un lado, de otro, **p**erjuicios 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 Belalcàzar Díaz", ***acto quirúrgico***, que se realizó sobre las horas de la tarde del día ***26*** *de Septiembre del año 2.0**19***, 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 **n**ormas aplicables al presente caso en particular, *los **a**rtículos 64, 65 y 66 del **C**ódigo **G**eneral del **P**roceso, en concordancia con el **a**rtículo 225 de la **L**ey 1437 de Enero 18 de 2011, el **a**rtículo 1613 y subsiguientes del **C**ódigo **C**ivil y el **a**rtículo 90 de la **C**onstitución **P**olítica de **C**olombia*.-

PRUEBA SUMARIA :

Constituye prueba sumaria, que exige el ***a**rtículo 54 del **C**ódigo de **P**rocedimiento **C**ivil*, los siguientes documentos:

1.- La **d**emanda 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 Belalcàzar 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 **h**istoria **c**línica 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 Trasladada:

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 2.0****19****, y,* ***20*** *de Enero del año 2.0****20,*** 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 **a**rchivo en el **e**xpediente 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 **r**epresentado 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,

LUÍS 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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
Departamento Jurídico CALI

Doctor
JESUS MARIO ORTIZ GARCIA
Juez Catorce Civil del Circuito de Cali
E. S. D.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
250 Años

REFERENCIA : ***P O D E R E S P E C I A L***
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. 16.797.547de Cali
***D**irector **G**eneral y **R**epresentante **L**egal*
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI

ACEPTO EL PODER Y PIDO PERSONERIA.

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.
***A**poderado **J**udicial **H**OSP. **S**AN **J**UAN **D**E **D**IOS*

Departamento Jurídico CALI

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA OCTAVA DE CALI
Diligencia de Reconocimiento

Cali 07 MAR 2025

En este despacho notarial se presento

Carlos Alberto Herera

16.797.547 Cali.

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

Firma del compareciente

Notaria Octava de Cali

EL DIA ___ DEL MES ___ DEL AÑO ___
EN LA SIGUIENTE DIRECCION:

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

EL SUSCRITO NOTARIO OCTAVO DEL
CIRCULO DE CALI DEJA CONSTANCIA QUE
EL OTORGAMIENTO Y FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO
SE REALIZO FUERA DEL DESPACHO DE LA NOTARIA
EL DÍA 07 MAR 2025 DEL MES ___ DEL AÑO ___
EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:
Cr 4 # 17-67 .

Departamento del
Valle del Cauca
Gobernación

paraíso
de todos

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: Adiela Herrera –Técnico de Apoyo
Reviso: Sandra Patricia Mishaza Castrillon – Líder de Programa

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA005294

FACTURA AA010090

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo **PRODUCTO** R.C. PROFESIONAL CLINICAS **ORDEN** 1

CERTIFICADO AA000017 **FORMA DE PAGO** Financiación **TELEFONO** 4291039 **USUARIO** APORTIZ82

AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS **DIRECCIÓN** CARRERA 1H NO. 60 72

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

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67 **EMAIL** notiene@notiene.com **NIT/CC** 000890303841 **TEL/MOVIL** 4892222

ASEGURADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67 **EMAIL** notiene@notiene.com **NIT/CC** 000890303841 **TEL/MOVIL** 4892222

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS
DIRECCIÓN TODA COLOMBIA **EMAIL** notiene@notiene.com **NIT/CC** 000000000021 **TEL/MOVIL** ....

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$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

COMPAÑIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA

CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
800069458	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 poliza 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 Nº.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA005294

FACTURA
AA010090

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo **PRODUCTO** R.C. PROFESIONAL CLINICAS **ORDEN** 1
CERTIFICADO AA009817 **FORMA DE PAGO** Financiación **TELEFONO** 4291039 **USUARIO** APORTIZ82
AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS **DIRECCIÓN** CARRERA 1H NO. 60 72

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

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67 **EMAIL** notiene@notiene.com **NIT/ CC** 800890303841
TEL/MOVIL 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

ESTA POLIZA DA CONTINUIDAD DE VIGENCIA A LA POLIZA RC CLINICAS Y HOSPITALES No. AA001717.

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. $1.000.00.000 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

*** CLÁUSULAS 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 CONGÉNITAS.

° POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.

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

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
LA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA005294

FACTURA AA010090

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Nuevo **PRODUCTO** R.C. PROFESIONAL CLINICAS **ORDEN** 1

CERTICADO AA009817 **FORMA DE PAGO** Financiación **TELEFONO** 4291039 **USUARIO** APORTIZ82

AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS **DIRECCIÓN** CARRERA 1H NO. 60 72

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

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67 **EMAIL** notiene@notiene.com **NIT/CC** 000890303841

TEL/MOVIL 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 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 MEDICAMENTES, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

° POR LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANER, RADIACIÓN POR ISOTOPOS, RADIOGRAFÍAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D DE LA 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 1°. 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
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI

FIRMA TOMADOR

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

Línea Segura 018000919538

#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA005294

FACTURA
AA017414

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
ORDEN 1
CERTICADO AA017018
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 4291039
USUARIO APORTIZ82
AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS
DIRECCIÓN CARRERA 1H NO. 60 72

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
E-MAIL notiene@notiene.com
NIT/CC 000890303841
TEL/MOVIL 4892222

ASEGURADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67
E-MAIL notiene@notiene.com
NIT/CC 000890303841
TEL/MOVIL 4892222

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO
DIRECCIÓN TODA COLOMBIA
E-MAIL notiene@notiene.com
NIT/CC 000000000021
TEL/MOVIL

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$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	$85,000,000.00		$16,150,000.00	$101,150,000.00

COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPAÑIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	800069456	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 extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.
Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros, información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. 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.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
Director
CALI

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACION DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Linea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. DE COLOMBIA y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGU

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA005294

FACTURA
AA017414

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AA017018
AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 4291039
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
EMAIL notiene@notiene.com
NIT/ CC 800890303841
TEL/ MOVIL 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. $1.000.00.000 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 CONGÉNITAS.

° POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACION DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Linea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA005294

FACTURA AA017414

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion **PRODUCTO** R.C. PROFESIONAL CLINICAS **ORDEN** 1

CERTICADO AA017018 **FORMA DE PAGO** Contado **TELEFONO** 4291039 **USUARIO** APORTIZ82

AGENCIA GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS **DIRECCIÓN** CARRERA 1H NO. 60 72

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 **NIT/CC** 800890303841

DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67 **EMAIL** notiene@notiene.com **TEL/MOVIL** 4892222

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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

° 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 MEDICAMENTES, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

° POR LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANER, RADIACIÓN POR ISOTOPOS, RADIOGRAFÍAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D DE LA 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 1°. 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
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

FIRMA TOMADOR

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACION DEL PRODUCTO CONTRATADO CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Linea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EQUIDAD SEGUROS en su parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS DE COLOMBIA

Cámara de Comercio de Bogotá

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, RAPIDA 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 : NOTIFICACIONESJUDICIALESLAEQUIDAD@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 N0 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

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). EEFECTUAR 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 EXTRACONTRACTUAL NO.11001310304320130050 3 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

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 PROMISCUO DEL CIRCUITO DE MONTERREY/CASANARE, COMUNICO QUE EN EL PROCESO ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL NO. 2015/165 DE MARIA DEL CARMEN CABALLERO, CARLOS JAVIER ORTEGA CABALLERO, CARLOS HERNAN ORTEGA MENDEZ CONTRA JOSE ORLANDO LIZARAZO, ISAUA 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 PROMISCUO DEL CIRCUITO DE LA PLATA HUILA, COMUNICO QUE EN EL PROCESO ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL 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 EXTRACONTRACTUAL 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 PATARROTO 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 8COOTRANSTUR) 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. 41001310300320170098OO 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 PROMUISCO 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 PROMISCUO 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 EXTRACONTRACTUAL NO. 236603103001-2018-00049-00 DE: ANA JOSEFA GUAZO ATENCIA Y OTROS CONTRA: OSCAR MANUEL GONZÁLEZ DELGADO Y OTROS, SE DECRETÓ LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA EN LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

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 EXTRACONTRACTUAL NO- 0282-2017 DE: CARLOS MANUEL SALAZAR IGLESIAS Y OTROS CONTRA: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE SABANALARGA, ATLÁNTICO "COOTRANSA LTDA Y OTROS, SE DECRETÓ LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA CIVIL SOBRE LA SOCIEDAD DE LA REFERENCIA.

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 EXTRACONTRACTUAL 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 EXTRACONTRACTUAL 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

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, REPRESENTE 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, REPRESENTE 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:

** 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 JU-- LIO 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 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

****

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.oo)** 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

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
MEDICO DIRECTOR GENERAL
CALI

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.oo)** 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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
MEDICO DIRECTOR GENERAL
CALI

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 clausulas 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 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 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.oo)** 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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
MEDICO DIRECTOR GENERAL
CALI

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 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 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 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 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 RM 910/03
MEDICO GINECOLOGO Y OBSTETRA

Carolina Rendón R.
Ginecobstetra
RM 910/03

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@hotamil.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.oo)** 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 clausulas 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. 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.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

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,

D I S P O N E:

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

Acción:	VERBAL DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL
RADICADO:	76001310301420240032200
DEMANDANTES:	ADALGISA ALBAN FATIMA y OTROS.
DEMANDADOS:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y OTRO
REFERENCIA:	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 articulo 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.

Sirvase 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 EXTRACONTRACTUAL
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 axfixia perinatal y otros daños neurologicos 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.oo 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 pesona puede laborar en Colombia, esto es, los 18 años hasta que su vida sè 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 devengaria un salario minimo mensual legal vigente, que en la actualidad asciende a $1.300.000.oo 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)

$$S = \frac{1.625.000\ [(1 + 0{,}004867)^{60.26} - 1]}{0{,}004867}$$

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 devengaria un salario minimo mensual legal vigente, que en la actualidad asciende a $1.300.000.oo 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 podria 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 mayoria 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.

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

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.

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

S= $ 324.037.013.oo

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 podria 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 Gustado 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 traslada 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 manifiesto 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 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 asisitió al control prenatal siendo atendida por la Doctora María Adelaida Vélez G, Ginecóloga Obstetra, a quien le manifiestó 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 sentrise con daño de estómago, ganas de vomitar y mareada.

7. Siendo aproximadamente las 03:00 PM, la señora Milexis Andreina Diaz 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 asfixiada, siendo diagnostica con asfixia leve y moderada.

8. El 27 de Septiembre del 2019 mi cliente procede a conocer a su hija por pimera 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 congenita, que era algo que ya venia con ella, sin embargo, al señor Victor 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 habian dado en dicho Hospital no concordaba con el registro documental de la historia clinica del control prenatal, pues a la menor se le realizaron dos ecografias, 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 dias antes del parto y las dos concluian que la menor estaba bien, por lo que, era ilogico que BRIANNA NICOLL hubiera nacido en esas condiciones y presentara deformidad craneal (encefalopatia y microcefalia), retraso mental y convulsiones, sin que se hubieran percatado de tal circunstancia en las ecografias y controles prenatales, sin embargo, le sugirieron le hicieran una prueba de genetica 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 patogenicas o probablemente patogenicas de herencia autosomica recesiva o dominante en los genes analizados"* y como hallazgos complementarios resaltó *"No se encontraron variantes de significado clinico 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.
- Articulo 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: Precisó 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 médicono 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, síal 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 suf iciente 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 22de 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 1° y 2° 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, elsentido 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 dela conducta de las partes; acuda a razonamientos lógicos comoel principio *res ipsa loquitur:* Ejemplo se olvida una gasa, material quirúrgico (aguja) en lazona 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 comprometea 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 clinica del Hospital San Juan de Dios, Clinica de los Remedios y Club Noel quedó plenamente acreditado, es decir, la encefalopatia, 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 clinica del parto realizado por el Hospital San Juan de Dios, se evidencia que la demandante Milexis Andreina Diaz sufrió de hipertension gestacional, en el mes de septiembre de 2019 tuvo actividad uterina constante, por lo que, visitó al Hospital en varias ocasiones pero era devuleta 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 cesarea de urgencia obteniendo como resultado un recien nacido de sexo femenino con asfixia perintal circunstancia que derivó en una encefalopatia, microcefalia, retraso mental y convulsiones constantes.

Asi las cosas resulta claro que parte el control prental 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, tambien se encuentra acretidado con las historias clinicas, 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 dé 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.[1]

2. Por su parte la encefalopatia 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"*[2].

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."*[3]

4. Según la literatura médica el parto prolongado[4] 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

[1] *https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9843-microcephaly?/*
[2] *https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/encephalopathy*
[3] *https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/asfixia-perinatal*
[4] *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 cardiaco.
- Asfixia perinatal, falta de oxigeno.
- 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 cncluyó de que la encefalopatia, microcefalia y convulsiones no eran congénitas.

6. La historia clinica 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 dias previos del parto y no daba indicio alguno de microcefalia, encefalopatía ni complicación alguna; especificamente con la ecografia 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, corazon normal y en general todos los organos analizados eran normales; así mismo en lel monitoreo fetal realizado el 14 de septiembre de 2019 en el Hospital San Juan de Dios, tambien 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 sufriria 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 obecidad.

2. Con la historia clinica del Hospital San Juan de Dios, el 25 de septiembre de 2019 a las 8:29 am la señora Milexis Andreina Diaz Rada acudió al centro de salud refiriendo expulsión de liquido 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 via cesarea de urgencia con diagnóstico de asfixia perinatal.

3. El trabajo de parto de la señora Milexis Andreina Diaz 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 parametros 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 encefalopatia, 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 prologado de 34 horas y al no finalizarlo antes, la menor BRIANNA no tuvo oxigeno suficiente y ello le ocasionó una asfixia perinatal; así mismo, una vez la menor BRIANNA nació los galenos la disgnósticaron con asfixia leve y moderada, además no fue intubada para

garantizar el correcto suministro de oxigeno, 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 encefalopatia, microcefalia y convulsiones recurrentes, que requerian 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, veridica, 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 juridicamente 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 vinculo 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". (...) Asi mismo, se reitera que el reconocimiento de la perdida 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. (...)"*[5]

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

[5] *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 cedulas 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 demas 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 clinica 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 se 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, - **Julian Andres Certuche Muñoz** identificado con cedula de ciudadanía Nro.1.112.472.165 de Jamundí, celular, 3186896814 y correo electrónico; 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.

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 articulo 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 articulo 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**
  notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com
  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**
- **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**
- **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**

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.**

- **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,

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.

ASESORES LEGALES

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.

De usted señor Juez, atentamente,

ADALGISA ALBAN FATIMA

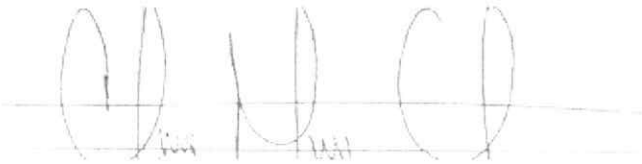
FIRMA DIGITAL

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.

Gmail

Notificaciones MB <notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com>

CONFIERO PODER ADALGISA

1 mensaje

Mágnum 357 <nicollbrianna816@gmail.com> 10 de diciembre de 2024, 17:28
Para: "notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com" <notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com>

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 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 recibiré notificaciones en el correo electrónico; nicollbrianna816@gmail.com

Adicional a lo anterior mis apoderados las recibirán en las siguientes direcciones:

- notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com
- asesorialegaldedepartamento@gmail.com
- **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.

Gmail

Notificaciones MB <notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com>

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 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 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

Adicional a lo anterior mis apoderados las recibirán en las siguientes direcciones:

- notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com
- asesorialegaldedepartamento@gmail.com
- **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.

Gmail

Notificaciones MB <notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com>

CONFIERO PODER

1 mensaje

Maury Rad <mauryrad6@gmail.com>
Para: "notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com" <notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com>

10 de diciembre de 2024, 16:09

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

Adicional a lo anterior mis apoderados las recibirán en las siguientes direcciones:

- notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com
- asesorialegaldedepartamento@gmail.com
- **gestorinternacional@mbasesoreslegales.com**

De usted señor Juez, atentamente,

Victor Belalcazar

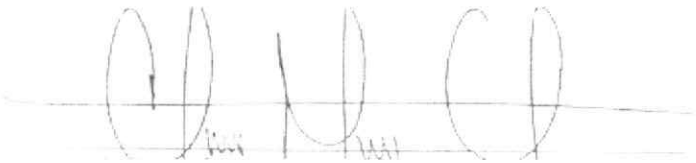
FIRMA DIGITAL

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.

Gmail

Notificaciones MB <notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com>

CONFIERO PODER VICTOR HUGO

1 mensaje

Victor H <albanvictorhugo@gmail.com> 11 de diciembre de 2024, 14:56
Para: "notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com" <notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com>

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 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; albanvictorhugo@gmail.com

Adicional a lo anterior mis apoderados las recibirán en las siguientes direcciones:

- notificacionesjudiciales@mbasesoreslegales.com
- asesorialegaldedepartamento@gmail.com
- **gestorinternacional@mbasesoreslegales.com**

HISTORIA CLINICA

Club Noel

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	**TIPO AFILIADO:** Beneficiario
RESIDENCIA: CR 30D N. 48-62 CALI	VALLE DEL CAUCA-CALI		**TELEFONO:** 3126317753-3127060695
NOMBRE ACOMPAÑANTE: MILEXIS ANDREINA DIAZ	**PARENTESCO:**		**TELEFONO:**
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	11:08 **DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA** (CIRUJANO PLASTICO) **MOTIVO DE CONSULTA :** CONTROL POP DE CORRECCION DE CRANEOSINOSTOSIS **ENFERMEDAD ACTUAL :** OPERADA HACE 4 MESES CON CRANEOPLASTIA Y RECONSTRUCCION CRANEAL

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES			
QUIRURGICOS	OP	DETALLE	OCULT.
Quirurgicos	**SI**	**CORRECCION CRANEOSINOSTOSIS**	☐

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	Solucitud 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

	CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA EVOLUCION
IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	2021-02-11 11:05
	Solicitado por	**DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA** (CIRUJANO PLASTICO)	
	Observacion	SE SOLICITA TOMOGRAFIA DE CRANEO CON RECONSTRUCCION 3 D SIN CONTRASTE Y BAJO SEDACION	

Diagnosticos Presuntivos	PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO
	DX 1	CN	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA (CN) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO

SOLICITUD AMBULATORIA

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	1
	OBSERVACIÓN	CITA ABIERTA DE DIEGO CAYCEDO	
	DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO: ☑ TIPO DX: CN — CODIGO: Z988 — DIAGNOSTICO: OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	
	SOLICITUD AMBULATORIA	SI	

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890220	CONSULTA PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	1
	OBSERVACIÓN	VALORACION PREANESTESICA DE TOMOGRAFIA	
	DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO: ☑ TIPO DX: CN — CODIGO: Z988 — DIAGNOSTICO: OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	
	SOLICITUD AMBULATORIA	SI	

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general
FINALIDAD DE LA ATENCION	1
	No aplica

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS

CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	PRINCIPAL
Z988	IMPRESION DIAGNOTICA	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	☑

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	**TIPO AFILIADO:** Beneficiario
RESIDENCIA: CRA 30D #48-62 CALI	VALLE 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		

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 A?O CON BUENA EVOLUCION NORMOCEFALA TRAE TOMOGRAFIA PARA CONTROL

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES			
QUIRURGICOS	OP	DETALLE	OCULT.
Quirurgicos	**SI**	**CRANEOPLASTIA**	☐
PATOLOGICOS	OP	DETALLE	OCULT.
GENETICAS	**SI**	**DEFORMIDAD CRANEAL**	☐

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	ESTADO
Z988	CONFIRMADO NUEVO	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS		

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 CONYTROL EN 1 AÑO DR DIEGO CAYCEDO

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	1
	OBSERVACIÓN	CITA CONYTROL EN 1 AÑO DR DIEGO CAYCEDO	
	DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS	**PRIMARIO** ☑ **TIPO DX** (P) **CODIGO** Z988 **DIAGNOSTICO** OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	
	SOLICITUD AMBULATORIA	[SI]	

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	**TIPO AFILIADO:** Beneficiario
RESIDENCIA: CRA 30D #48-62 CALI	VALLE 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
Z988	IMPRESION DIAGNOTICA	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	☑

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION

Dr. Diego J Caycedo C
Cirug a Plastico - Cirugia Craneofacial
CC 16.631.484 Reg 18497/85

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 ****

Club Noel

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 CONYTROL EN 1 AÑO DR DIEGO CAYCEDO

PROFESIONAL: DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA
CC - 15631484 - CIRUJANO PLASTICO
TP. 18497-85

** Documento firmado digitalmente **

septiembre 2022

Club Noel

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ	**IDENTIFICACION:** RC 1232809933		HC: 1232809933 - RC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/9/2019	**EDAD:** 3 años 4 mes(es)	**SEXO:** F	**TIPO AFILIADO:** Beneficiario
RESIDENCIA: CRA 30D #48 62 CALI	Colombia / VALLE DEL CAUCA / CALI		**TELEFONO:** 3126317753-3127060695
NOMBRE ACOMPAÑANTE: MILEXIS ANDREINA DIAZ	**PARENTESCO:**		**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 2/2/2023 - 10:59:47	**FECHA EGRESO:** 2/2/2023 - 11:30:03		**CAMA:**
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA	**SERVICIO:** AMBULATORIO		
CLIENTE: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	**PLAN:** COOSALUD REGIMEN SUBSIDIADO 2019		

PROFESIONAL: DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA
CC - 16631484 TP: 18497-85
ESPECIALIDAD: CIRUJANO PLASTICO

Fecha Impresión 2023/2/2 - 11:37:00

Imprimió: CAROL DANIELA GARCES AMBUILA - cgarces

** Documento firmado digitalmente **

Club Nogal

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: BRIANNA NICOLE PELAEZ AAB (NA)
FECHA DE NACIMIENTO: 26-9-2019
RESIDENCIA: CRA 100 #48-62 CALI
NOMBRE ACOMPAÑANTE: MELYNDA NOHEMI AAB (MA)
FECHA INGRESO: 2-2-2023 10:59:47
DEPARTAMENTO: 010110 - CONSULTA EXTERNA
CLIENTE: COOSALUD E.P.S. S.A. PROMOTORA DE SALUD S.A.

IDENTIFICACION: R 1232809311
EDAD: 3 años 4 meses(s)
SEXO: F
HC: 1232809311 - 01
TIPO AFILIADO: Beneficiario
TELEFONO: 3127537553, 3127
TELEFONO
CAMA
PARENTESCO:
FECHA EGRESO: 2/2/2023 11:37:01
SERVICIO: AMBULATORIO
PLAN: COOSALUD RS 2019 SUBSIDIADO 2019

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 1A?O DE VIDA, CIRUGIA SIN COMPLICACIONES CON MANEJO DE FISIATRIA DE LOS MIEMBROS INFERIORES Y NEUROLOGIA EN TTO PROBABLE HIPOXIA NEONATAL

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS	ANTECEDENTES			
	OP	DETALLE	QUIR	
NEUROLOGICO	SI	SECUELAS FEMIPOXIA 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 PEQUEÑODELCRANEO, CON SOBREPESO

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DESCRIPCION DX	ESTADO
E660	IMPRESION DIAGNOTICA	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS		
P284	IMPRESION DIAGNOTICA	OTRAS APNEAS DEL RECIEN NACIDO		

ORDENES MEDICAS

FECHA	USUARIO	HORA	DESCRIPCION
2023-02-02	**DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA** (CIRUJANO PLASTICO)	11:26	SE SOLICTA INTERCONSULNTA CON GENETICA
		11:28	Solicitud Proc No Qx: 890248:CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA **Obs: DEFINIR SI SU SIGNOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA SE ENCUENTRA ENMNARCADA DENTRO DE UN SINDROME Y REALIZAR ELASESORAMIENTO GENETICO CORRESPONDIENTE
		11:29	Solicitud Proc No Qx: 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	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	1
	OBSERVACIÓN	CITA ABIERTA CON CIRUGIA PLASTICA DR DIEGO CAYCEDO	
	DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO: ☑ TIPO DX: (D) CODIGO: E660 DIAGNOSTICO: OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	

SOLICITUD AMBULATORIA [SI]

TIPO	CARGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	1
	OBSERVACIÓN	DEFINIR SI SU SIGNOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA SE ENCUENTRA ENMNARCADA DENTRO DE UN SINDROME Y REALIZAR ELASESORAMIENTO GENETICO ¿CORRESPONDIENTE	
	DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO: ☑ TIPO DX: (D) CODIGO: E660 DIAGNOSTICO: OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	

SOLICITUD AMBULATORIA [SI]

ORIGEN DE LA ATENCION Enfermedad general

FINALIDAD DE LA ATENCION
No aplica

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS

CODIGO	TIPO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	PRINCIPAL
P284	IMPRESION DIAGNOTICA	OTRAS APNEAS DEL RECIEN NACIDO	☑

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION

Dr. Diego J. Caycedo G.
Cirug. a Plastica - Estet. Reconstruc.
RE 38.651.456 / TP. 1085? - 13

SOLICITUD DE ORDENES MEDICAS

Club Noel

DATOS PACIENTE

INGRESO	1767715	FECHA INGRESO	2023-02-02 10:59
CUENTA	1804623		
PACIENTE	RC 1232809933	BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ	
EDAD	3 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		

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 ENMNARCADA 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 5579

Dr. Diego J Caycedo G
Cirug. Plastica Cirugia Craneofacial
CC 16 631 484 Pal 18497 - 85

PROFESIONAL: DIEGO JOSE CAYCEDO GARCIA
CC - 16631484 - CIRUJANO PLASTICO
TP 18497-85

** Documento firmado digitalmente **

ASESORES LEGALES
Y ASOCIADOS

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.
Tel: 602 489 22 22
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:	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,** y/o al correo del Juzgado Catorce (14) Civil del Circuito Judicial de Cali - Valle **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 resultas 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 remisorio 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,

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 Diaz Rada que derivó en una asfixia perinatal y otros daños neurológicos permanentes de su hija Brianna Nicoll Belalcázar Diaz.

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.

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 indemnizaci6n 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 cedulas 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.

Como consecuencia de la anterior declaración, se solícita:

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 HUQO 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.

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 animo 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 funcionaros 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 HOSPTAL 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 tramite 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 animo conciliatorio.**

Se suspende la presente audiencia para convocar debidamente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERTAVO, 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 tramite 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 animo conciliatorio**.

En consideración con los puntos anteriores el suscrito conciliador de conocimiento del presente tramite, establece:

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 GOMEZ
FRANCISCO EMILIO GOMEZ
CC.No.94. 521. 936.
T.P. No.252.861 del C.S de la J.
Conciliador

CENTRO DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
Resolucion 2101 Dic/12/03
FUNDALIANZA
Codigo 0876001116?