REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.093.746.652**

ARCHILA LANDINEZ
APELLIDOS

VIVIANA YASID
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1988**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-NOV-2006 LOS PATIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2505400-55156123-F-1093746652-20070219 **01807** 07050A 02 221986450

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.065.862.103**

AMAYA TORO

APELLIDOS

MARTIN ALONSO

NOMBRES

FIRMA

Powered by CamScanner

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-1985**

AGUACHICA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

17-DIC-2003 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1207500-00334351-M-1065862103-20110916 **0028**043431A 1 7961487614

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

12824813

IDENTIFICACION No.
(1) Parte básica: 880907
(2) Parte comp.:

OFICINA REGISTRO CIVIL
(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA TERCERA. - - - - -
(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: CUCUTA. Norte Santander - - -
(5) Código: 9180

SECCION GENERICA

INSCRITO
(6) Primer apellido: ARCHILA. - -
(7) Segundo apellido: LANDINEZ. - -
(8) Nombres: VIVIANA YASID. - - - -

SEXO
(9) Masculino o Femenino: FEMENINO. - -
(10) Masculino ☐ Femenino ☒

FECHA DE NACIMIENTO
(11) Día: 07
(12) Mes: SEPTIEMBRE.
(13) Año: 1.988

LUGAR DE NACIMIENTO
(14) País: COLOMBIA-
(15) Departamento, Int., o Com.: NORTE SANTANDER
(16) Municipio: CUCUTA. - - - - -

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO
(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL ERASMO MEOZ DE CUCUTA. - - - - - - - - - - - - - - - -
(18) Hora: 5! 50 PM
(19) Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO MEDICO. - - - - - -
(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: ILEGIBLE. - - - - - -
(21) No. licencia: 841

MADRE
(22) Apellidos (de soltera): LANDINEZ VELAZCO. - - - - -
(23) Nombres: YOLANDA- - - - - - -
(24) Edad actual: 22
(25) Identificación (clase y número): c. No. 27.682.348 Chinacota. - -
(26) Nacionalidad: COLOMBIANA.
(27) Profesión u oficio: HOGAR.-

PADRE
(28) Apellidos: ARCHILA. - - - - - - - - - - - - - -
(29) Nombres: WILLIAN JOSE. - - - -
(30) Edad actual: 21
(31) Identificación (clase y número): c. No. 13.484.770 Cúcuta.
(32) Nacionalidad: COLOMBIANA.
(33) Profesión u oficio: - -CONSTRUCTOR

ENUNCIANTE
(34) Identificación (clase y número): c. No. 13.484.770 Cúcuta . .
(35) Firma (autógrafa): William Jose Archila
(36) Dirección postal y municipio: PANAMERICANO AVE. 9 A # 6 - 13
(37) Nombre: WILLIAN JOSE ARCHILA

TESTIGO
(38) Identificación (clase y número): - - - - - - - - - - - - - - - - - -
(39) Firma (autógrafa):
(40) Domicilio (Municipio): -
(41) Nombre:

TESTIGO
(42) Identificación (clase y número): - - - - - - - - - - - - - - - - - -
(43) Firma (autógrafa):
(44) Domicilio (Municipio): -
(45) Nombre:

FECHA (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)
(46) Mes: [illegible]
(47) Año: 1.988

NOTARIA 3ª CIRCULO DE CÚCUTA

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ART. 115 DEL DECRETO 1260 DE 1.970 ART. 1º DECRETO 278 DE 1.972, (ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE) LEY 962 DE 2.005

DADO EN SAN JOSE DE CUCUTA, A LOS 13 SET. 2012

Miguel Alfonso Murcia Rodriguez
Notario

REPUBLICA DE COLOMBIA
MIGUEL ALFONSO MURCIA RODRIGUEZ
NOTARIO
NOTARIA TERCERA DE CUCUTA

NOTARIA 3ª CIRCULO DE CÚCUTA
VALIDO PARA MATRIMONIO

ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA
Art. 2 Decreto 2189 de 1993

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1093604951

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53305686

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 06 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9868

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AMAYA	ARCHILA

Nombre(s)

JOSUE MARTIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes ENE Día 14	Masculino	O	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12491124-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.093.746.652	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

AMAYA TORO MARTIN ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.065.862.103	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AMAYA TORO MARTIN ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.065.862.103	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes ENE Día 17	CARMEN ELVIRA LIENDO VILLAMIZAR

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

SOBREBORRADO " ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID" Vale

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.093.604.951**

AMAYA ARCHILA

APELLIDOS

JOSUE MARTIN

NOMBRES

Josué Amaya

FIRMA

Powered by CamScanner

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-2014**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

14-ENE-2032 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

29-NOV-2021 AGUACHICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1207500-01272751-M-1093604951-20211212 **0077**435960A 1 8503528918

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1093607427

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56031569

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 06 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9868

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AMAYA	ARCHILA

Nombre(s)

SAMUEL ALONSO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes JUL Día 25	Masculino	O	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13343572-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.093.746.652	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

AMAYA TORO MARTIN ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.065.862.103	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AMAYA TORO MARTIN ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.065.862.103	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes AGO Día 01	CARMEN LUCIA [illegible] VILLAMIZAR

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se reconoce
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 33484726-4

NUIP 1.065.929.073

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60255712

60255712

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H B H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE AGUACHICA - COLOMBIA - CESAR - AGUACHICA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AMAYA.....	ARCHILA.....

Nombre(s)

MARTIN YESID.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes AGO Día 15	MASCULINO.....	O.....	POSITIVO.

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CESAR AGUACHICA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	23083610604911.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.093.746.652.....	COLOMBIA.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

AMAYA TORO MARTIN ALONSO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.065.862.103.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.093.746.652.....	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
.....	.....

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
.....	.....

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes AGO Día 22	INGRID JOHANNA PINO NAVARRO - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

El Suscrito Registrador del estado Civil de Aguachica, Cesar CERTIFICA que la presente es fiel fotocopia del original que se encuentra en ésta oficina:

22 AGO. 2023

Ingrid Johanna Pino Navarro
REGISTRADOR

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO

Indicativo Serial 6053564

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Clase de Oficina: Registraduría [ ] Notaría [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código N 4 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Datos del matrimonio

Lugar de celebración: País - Departamento - Municipio
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Fecha de celebración			Clase de matrimonio			
Año 2012	Mes DIC	Día 13	Civil	X	Religioso	

Documento que acredita el matrimonio

Tipo de documento				Número	Notaría, juzgado, parroquia, otra.
Acta religiosa		Escritura de protocolización	X	8240	NOTARIA SEGUNDA DE CUCUTA

Datos del contrayente

Apellidos y nombres completos
AMAYA TORO MARTIN ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)
Cédula de Ciudadanía Nro. 1065862103

Datos de la contrayente

Apellidos y nombres completos
ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID

Documento de identificación (Clase y número)
Cédula de Ciudadanía Nro. 1093746652

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos
AMAYA TORO MARTIN ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)
Cédula de Ciudadanía Nro. 1065862103

Firma

NOTARIA SEGUNDA DE CUCUTA
ESTE ES UN COMPROBANTE DE INSCRIPCION
CONSERVELO PARA SOLICITAR SU REGISTRO

Fecha de Inscripción

Año 2012 Mes DIC Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
NOTARIA SEGUNDA DE CUCUTA

CAPITULACIONES MATRIMONIALES

Lugar otorgamiento de la escritura	No. Notaría	No. Escritura	Fecha de otorgamiento de la escritura
			Año Mes Día

HIJOS LEGITIMADOS POR EL MATRIMONIO

Nombres y apellidos completos	Identificación (Clase y Número)	Indicativo serial de nacimiento

PROVIDENCIAS

Tipo de providencia	No. escritura o Sentencia	Notaría o Juzgado	Lugar y fecha	Firma funcionario

ESPACIO PARA NOTAS

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

{fiduprevisora)

fomag
Fondo de prestaciones sociales del Magisterio

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ identificado(a) con tipo de documento Cédula de Ciudadanía y con número 1093746652, presenta los siguientes datos referente a la afiliación al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Información del Cotizante:

Nombres Cotizante:	VIVIANA YASID	**Apellidos Cotizante:**	ARCHILA LANDINEZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía	**Número Documento:**	1093746652
Estado Actual:	Activo	**Tipo de Afiliación:**	Cotizante docente
Fecha de Afiliación a salud:	11/08/2017	**UT Afiliación:**	CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S.
Fecha de Retiro:			

Información de los Beneficiarios:

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombres	Apellidos	Fecha Afiliación	Estado Actual	Fecha Retiro	Parentesco
Registro Civil	1065929073	MARTIN YESID	AMAYA ARCHILA	14/09/2023	Activo		Hijo Docente
Tarjeta de Identidad	1093604951	JOSUE MARTIN	AMAYA ARCHILA	23/10/2017	Activo		Hijo Docente
Registro Civil	1093607427	SAMUEL ALONSO	AMAYA ARCHILA	31/10/2017	Activo		Hijo Docente
Cédula de Ciudadanía	1065862103	MARTIN ALONSO	AMAYA TORO	17/01/2020	Retirado	07/11/2020	Conyuge o Compañero

Adicionalmente se le informa que de acuerdo al decreto 1703 de 2002, la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción y que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga, igualmente los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga.

"Es importante indicar que por ser régimen especial los servicios de salud, Riesgos Laborales y la afiliación de pensión están a cargo del Fondo de Prestaciones del Magisterio, generando la claridad, que Fiduprevisora no es una ARL, sino una Fiduciaria que, en contrato con el Magisterio, genera la contratación de terceros para cumplir con las Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo de los docentes afiliados al Magisterio."

Dada a solicitud del interesado en la fecha 10/10/2023.

Cordialmente,

Coordinadora de Gestión de información y afiliaciones de docentes, pensionados y beneficiarios

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Elaboró: **Hosvital Aseguramiento by Ophelia Suite**

Nota: La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo.

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS
LA OFICINA DE ATENCION AL USUARIO SIAU

HACE CONSTAR QUE:

El paciente VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ identificado con CC 1093746652 estuvo en nuestra institución por la Aseguradora UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB en la(s) siguiente(s) unidad(es) de atención:

Unidad de Atención	***Fecha Ingreso***	***Fecha Egreso***	***Médico Tratante***
CIRUGIAS	Septiembre 1 de 2021	Septiembre 1 de 2021	QUEVEDO FLOREZ VICTOR HUGO

Se expide a solicitud del interesado a Abril 1 de 2023.

Atentamente,

VALCARCEL VILLARREAL ROSMERY
Coordinador(a) SIAU - Convenios
E-mail: siau@cub.com.co
Teléfono: 6436131 ext 104

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Registro de : SUMINISTROS Y/O MATERIAL DE CIRUGIA

Registro: 346867 VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ **Empresa: UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB** **Fecha Admision: 01/09/2021**

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
AGUA DESTILADA AMPOLLA X 5 (									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							2		
AGUJA DESECHABLE 18 x 1-1/2									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
BUPIVACAINA CLORHIDRATO C/E									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							2		
CATETER INTRAVENOSO CON SE									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							2		
CAUCHO DE SUCCION DESECHAI									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
CEFAZOLINA 1000 MG AMPOLLA									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							2		
CIRCUITO DE VENTILACION Y ANI									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
CLORHEXIDINA 4 % SOL JABON									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
COMPRESA QUIRURGICA RADIOP									
01/09/2021 07:15:00							10	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							10		
CUCHILLA DE BISTURI #11 PARAM									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
CUCHILLA DE BISTURI #15 PARAM									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Registro de : SUMINISTROS Y/O MATERIAL DE CIRUGIA

Registro: 346867 VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ Empresa: UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB Fecha Admision: 01/09/2021

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
DEXAMETASONA ACETATO 8 MG /									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
DICLOFENACO SODICO 75 MG AM									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
DIPIRONA 2500 MG AMPOLLA									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
ELECTRODO PARA PIEL ADULTO									
01/09/2021 07:15:00							3	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							3		
EQUIPO CYSTOFLO ADULTO UNID									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
EQUIPO EXTENSION DE ANESTES									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
EQUIPO MACROGOTEO									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
EQUIPO RECEPTAL 3.200 LTS GEL									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
FENTANILO CITRATO 0.50 MG /10									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
FILTRO ANTIBACTERIANO ADULT									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
GASA PRECORTADA ESTERIL 7.5									
01/09/2021 07:15:00							15	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							15		

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Registro de : MEDICAMENTOS

Registro: 346867 VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ Empresa: UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB Fecha Admision: 01/09/2021

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
GUANTE ESTERIL # 6.5 PAR									
01/09/2021 07:15:00							4	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							4		
GUANTE ESTERIL # 7.0 PAR									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							2		
GUANTE ESTERIL # 7.5 PAR									
01/09/2021 07:15:00							3	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							3		
JERINGA DESECHABLE 03 CC 21X									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							2		
JERINGA DESECHABLE 05 CC.-21									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							2		
JERINGA DESECHABLE 10 CC.-21									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							2		
JERINGA DESECHABLE 20 CC.-21									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							2		
LACTATO RINGER BOLSA X 500 C									
01/09/2021 07:15:00							6	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							6		
LLAVE 3 VIAS UNIDAD									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
MASCARA PARA OXIGENO SIN RE									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
METOCLOPRAMIDA CLORHIDRAT									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Registro de : SUMINISTROS Y/O MATERIAL DE CIRUGIA

Registro: 346867 VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ **Empresa: UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB** **Fecha Admision: 01/09/2021**

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
PROLENE 3/0 SC-24 REF : 8184T									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
PROPOFOL X 200 MG AMPOLLA									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
REMIFENTANIL 2 MG AMPOLLA									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
ROCURONIO BROMURO X 50 MG									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
SET BOMBA DE INFUSION ST02 R									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
SODIO CLORURO 0.9% BOLSA X 1									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
SODIO CLORURO 0.9% BOLSA X 5									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
SODIO CLORURO INY 0.9% BOLSA									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
SONDA FOLEY 2 V. #16 B. 5 C.C. U									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
TROCAR VERSAONE CANULA FIJ									
01/09/2021 07:15:00							2	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							2		
TROCAR VERSAONE CANULA FIJ									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Registro de : MEDICAMENTOS

Registro: 346867 VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ **Empresa: UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB** **Fecha Admision: 01/09/2021**

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
TUBO ENDOTRAQUEAL C/ B N 7.0									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA	ROJAS FERRI
							1		
VICRYL 0 C/A SH									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 M									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		
YODOPOVIDONA SOL TOPICA X 6									
01/09/2021 07:15:00							1	CIRUGIA NO FAC	ROJAS FERRI
							1		

Clínica Urgencias Bucaramanga

FO-LBC-01
V1

CARRERA 33 Nº 53-27 - TEL: 6436131 Ext 124
Línea de Atención al cliente 018000 413593
Bucaramanga – Colombia.

Fecha de impresión: 1/4/2023 13:46 Página 1 de 1

Paciente : Viviana Yasid Archila Landinez Recepcion : 85075 Fecha RCP : 2021-09-01 10:10:58
Edad : 32 A Sexo : F Codigo : 1093746652 Identificacion : CC 1093746652
Telefono : 3125318633 Sala : CIRUGIAS
Empresa : UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB

	Resultado	Und.Med.	Valores de Referencia
Uroanalisis			
Orina Parcial			F. reportado: 2021-09-01 11:21:49
UROANALISIS			
ASPECTO	Transparente		
COLOR	Amarilla		
GLUCOSA	Negativa		
PROTEINAS	Negativo	Gr/L	
CETONAS	Negativo	mmol/L	
SANGRE	Negativo	Cel/ul	
LEUCOCITOS	Negativo	cel/ul	
BILIRRUBINAS	Negativo	umol/L	
UROBILINOGENO	Normal	umol/L	
pH	6.0		
DENSIDAD URINARIA	1010		
NITRITOS	Negativo		
ACIDO ASCORBICO	Negativo	mmol/L	
SEDIMENTO:			
LEUCOCITOS.	0 - 2 x campo		
BACTERIAS	Escasas		
MOCO	Escaso		

Belkis Moncada
Bacteriologa
R.P.: 02121

LABORATORIO DE HISTOCITOPATOLOGIA SAS

Dr. Alfredo Acevedo Sarmiento

CARRERA 30 N 40-49 MEJORAS PÚBLICAS

Teléfonos: 6458880 - 3157185240 -

Fecha: 2021.09.13
Hora: 15:02

BIOPSIAS

Empresa:	900581702 CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA			Numero	210008279
Sector:	CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA	Edad:	33	Sexo:	F
Paciente:	1093746652 ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID	Teléfonos:			
Especimen	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO - CLASE DE MUESTRA: TUMOR DE OVARIO DERECHO Y TROMPA				
Fecha Ingreso:	2021.09.02	Fecha Resultado:	2021.09.13		
Especialista:	DRA ACEVEDO LOPEZ XIOMARA				

DESCRIPCION MACRO

FRASCO ROTULADO "OVARIO Y TROMPA IZQUIERDA": Se recibe en formol producto de salpingooforectomía unilateral. el ovario está aumentado de tamaño, mide 2.9 x 2.1 x 1.5 cm, es blanquecino y de aspecto multinodular. Al corte por el eje mayor se observa una superficie sólido-quística, con paredes de hasta 0.8 cm y salida de líquido cetrino.
La trompa uterina mide 2.4 x 0.9 x 0.7 cm, sin lesiones evidentes, al corte la pared tiene un espesor de 0.3 cm y la luz es puntiforme sin alteraciones macroscópicas.
Se realizan cortes representativos y se procesan en dos bloques así: (js).

BLOQUE A. OVARIO
BLOQUE B. PARED DE TROMPA UTERINA.

DESCRIPCION MICRO

DIAGNOSTICO

OVARIO IZQUIERDO, TROMPA UTERINA (SALPINGOOFORECTOMÍA):
OVARIO CON QUISTE DE CUERPO LÚTEO HEMORRÁGICO, CUERPOS ALBICANS Y QUISTES DE INCLUSIÓN EPITELIAL.
TROMPA UTERINA IZQUIERDA SIN HALLAZGOS DIAGNÓSTICOS.
SIN EVIDENCIA DE MALIGNIDAD.

Leonardo Camargo
CC. 7172977
R.M. 889/03

Medico 7172977 CAMARGO PUYO LEONARDO ALONSO

Nota: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días.

Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Además, se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.
NOTA MEDICA

Fecha y Hora Atención: **01/09/2021 09:26:00**
Historia Clínca N. **1093746652**

Paciente: **VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ**
Registro: **346867**

F. Nacimiento: **07/09/1988**
Edad: **32 años 11 meses 24 dias**

Fecha Hospitalización: **01/09/2021**
Dias Hospitalización: **0 dias**

Direccion: **MANZANA C CASA 16 B. CIUDADELA DE LA PAZ**
Telefono: **3125318633**

Empresa: **UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**
Plan: **CUB MAG CESAR**

NOTA MEDICA

NOTA POSQURIRUGICA

DX PREQUIRURGICO TUMOR DE OVARIO DERECHO + PARIDAD SATISFECHA
DX POSQUIRRUGICO TUMOR DE OVARIO DERECHO + PARIDAD SATISFECHA
PROCEDIMIENTO: OFORECTOMIA DERECHA + SALPINGECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
SIN COMPLICACIONES

CIRUJANO : DR QUEVEDO
AYUDANTE DRA ACEVEDO
ANESTESIA GENERAL
ANESTESIOLOGO: DR REYES

PLAN
TRASLADO A RECUPERACION
SE DECIDE DAR SALIDA POSTERIOR A RECUPERACION ANESTESICA
SE INDICA RETIRAR SONDA VESICAL PARA EGRESAR
CONTROL EN CONSULTA EXTERNA CON REPORTE DE PATOLOGIA
ACETAMINOFEN 500 MGR VO CADA 6 HRS
CEFALEXINA 500 MGR VO CADA 8 HRS
RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS INMEDIATAMENTE

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	UROANALISIS
PATOLOGIA	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO TUMOR DE OVARIO DERECHO + TROMPAS

ACEVEDO LOPEZ XIOMARA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 13785

Medico Tratante: QUEVEDO F VICTOR HUGO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Registro Profesional: 1509

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS

Control de Signos Vitales

04/01/2023 13:38

Paciente: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ **Empresa:** UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL- **Registro:** 346867

Fecha	Temp.	Fr Cardiaca	Fr. Respiratoria	Tension	Tension Diastolica	Tension Media	Oximetria (%)	Glucometria	Peso	Dosis Oxigeno	Temperatura Rn	Frecuencia Cardiaca Fetal
01/09/2021 09:40:00	.00	104.00	18.00	117.00	72.00	84	97.00	.00	.00	.00		
01/09/2021 09:45:00	.00	116.00	20.00	120.00	81.00	91	98.00	.00	.00	.00		
01/09/2021 10:10:00	.00	109.00	20.00	126.00	61.00	83	98.00	.00	.00	.00		
01/09/2021 10:25:00	.00	109.00	20.00	139.00	70.00	103	98.00	.00	.00	.00		
01/09/2021 11:00:00	.00	104.00	20.00	125.00	51.00	71	98.00	.00	.00	.00		
01/09/2021 11:45:00	.00	95.00	20.00	124.00	80.00	90	93.00	.00	.00	.00		
01/09/2021 12:00:00	.00	92.00	20.00	113.00	76.00	84	94.00	.00	.00	.00		

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS

01/04/2023

INFORME QUIRURGICO Nro: 75169

Fecha de Cirugía **01/09/2021**

Paciente: **346867** **VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ** **CC** **1093746652**

Empresa: **UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB** Plan: **CUB MAG CESAR**

Tipo Acceso: IGUAL VIA Sala : SALA DE CIRUGIA # 3

Hora Inicio Cirugía: 01/09/2021 07:15:00 Hora Terminación Cirugía: 01/09/2021 09:30:00

Tipo de Atención: ◯ Hospitalaria ● Ambulatoria

Prioridad: ● Programado ◯ Urgente

Dx. Prequirúrgico: TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO

Complicación: ◯ SI ● NO Tipo Anestesia: GENERAL

Profesionales que Participaron en el Acto Quirúrgico

ANESTESIOLOGO	REYES CONDE GERMAN
AYUDANTE DE CIRUGIA	ACEVEDO LOPEZ XIOMARA
CIRUJANO	QUEVEDO FLOREZ VICTOR HUGO
INSTRUMENTADORA	PACHECO GAONA ROSA NELLY

CUPS	Descripcion del Procedimiento y/o Cirugía	UVR/Grupo	Bilat.(S/N)	Pkt
665002	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	100	No	No

Dx Principal: D391 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO

Dx Relacionado:

Dx Complicación:

652302	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA (24)	100	No	No

Dx Principal: D391 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO

Dx Relacionado:

Dx Complicación:

Clasificación Herida Qx: ● Limpia ◯ Limpia Contaminada ◯ Contaminada ◯ Sucia

Especimen: TUMOR DE OVARIO DERECHO +TROMPAS

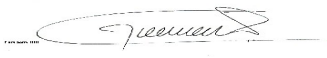
Equipos Quirúrgicos Utilizados:

Descripción Quirúrgica:

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CAMPOS OPERATORIOS, COLOCACION DE PUERTO UMBILIAL TECNICA ABIERTA, SE INSUFLA NEUMOPERITONEO, SE HACE REVISION DE CAVIDAD, SE EVIDENCIA TUMOR DE ASPECTO QUISTICO DE OVARIO DERECHO QUE COMPROMETE TODO EL OVARIO ,ADHERENCIAS PERITONEALES , SE COLOCAN TROCARES EN FOSA ILIACAS BILATERAL DE 11 Y 5 MM,.
CON PINZA LIGASURE SE REALIZA SALPINGECTOMIA BILATERAL, MAS RESECCION DE TUMOR DE OVARIO QUE COMPROMENTE TODO EL OVARIO. SE HACE LAVADO DE CAVIDAD, REVISION DE HEMOSTASIA. SIN EVIDENCIA DE SANGRADOS .
SE ASPIRA NEUMOPERITONEO.
SE CIERRA POR PLANOS CON VICRYL Y PROLENE
SE CUBREN HERIDAS CON GASA ESTERIL
SIN COMPLICACIONES.

Hallazgos:

TUMOR DE ASPECTO QUISTICO DE OVARIO DERECHO QUE COMPROMETE TODO EL OVARIO
ADHERENCIAS PERITONEALES



Cirujano: QUEVEDO F VICTOR HUGO

Documento: 13489211

Registro Médico: 1509

Fecha Impresión: 01/04/2023 13:21:57 Impreso por: MARTINEZ ALVAREZ JESSICA VIVIANA

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS
PREANESTESICA

Paciente: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ Docto: 1093746652 Registro: 346867

Fecha y Hora Atención: 31/08/2021 14:41:00 **Historia Clínica Nro:** 1093746652

Paciente: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ **Registro:** 346867

F. Nacimiento: 07/09/1988 **Edad:** 32 años 11 meses 24 dias

Fecha Hospitalización: 01/09/2021 **Dias Hospitalización:**

Direccion: MANZANA C CASA 16 B. CIUDADELA DE LA PAZ **Telefono:** 3125318633

Empresa: UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB **Plan:** CUB MAG CESAR

Especialidades: GINECOLOGIA

Cirujano Tratante: DR QUEVEDO

Procedimiento: RESECCION QUISTE DE OVARIO + POMEROY

Para garantizar su seguridad, se solicita contestar las siguientes preguntas:

TIENE O HA TENIDO		TIENE O HA TENIDO		TIENE O HA TENIDO	
1. Problemas cardiacos		4. Problemas digestivos		Dolor Cabeza:	○ S ● N
Presion Arterial Alta:	○ S ● N	Ulcera:	○ S ● N	Desmayos:	○ S ● N
Presion Arterial Baja:	○ S ● N	Dolor Estomago:	○ S ● N	Trastornos Conciencia:	○ S ● N
Ataque Cardiaco:	○ S ● N	Gastritis:	○ S ● N	7. Problemas metabólicos	
Dolor Pecho:	○ S ● N	Diarrea Cronica:	○ S ● N	Diabetes:	○ S ● N
Soplos:	○ S ● N	Hepatitis:	○ S ● N	Enfermedad Tiroidea:	○ S ● N
Palpitaciones:	○ S ● N	Pancreatitis:	○ S ● N	8. Problemas sanguíneos	
Practica Deporte:	○ S ● N	Hernia Hiatal:	○ S ● N	Sangrado Excesivo por cortaduras o cepillado:	○ S ● N
2. Problemas pulmonares		5. Problemas musculo-esqueléticos		Anemia:	○ S ● N
Asma:	○ S ● N	Artritis:	○ S ● N	Transfusion Sangre:	○ S ● N
Bronquitis:	○ S ● N	Fracturas:	○ S ● N	Historia Hemorragica Familiar:	○ S ● N
Neumonia:	○ S ● N	Dificultad Abrir Boca:	○ S ● N	Otros:	○ S ● N
Tos:	○ S ● N	Limitaciones Mover Articulacion:	○ S ● N	9. Problemas emocionales	
Tuberculosis:	○ S ● N	Debilidad Muscular:	○ S ● N	Ansiedad:	○ S ● N
3. Problemas urinarios		6. Problemas neurológicos		Depresion:	○ S ● N
Infeccion Urinaria:	○ S ● N	Convulsiones:	○ S ● N	Adiccion Drogas:	○ S ● N
Calculos:	○ S ● N	Trauma Craneano:	○ S ● N	Embarazada:	○ S ● N

Comentarios Paciente: 32 AÑOS

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS
PREANESTESICA

Paciente: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ Docto: 1093746652 Registro: 346867

ANTECEDENTES

Numero Anestesia General: 0 Numero Anestesia Regional: 2 Ultima Anestesia:

Complicaciones Anestesia: NO

Alérgicos: NO

Farmacológicos: NO

Hemorrágicos: NO

Patológicos: NO

Quirúrgicos: CESAREA 2

Tóxicos: NO

Transfusionales: NO

Otros:

CAPACIDAD FUNCIONAL:

REVISION POR SISTEMAS

Disnea: ○ S ● N Grado: Angina: ○ S ● N Grado:

Palpitaciones: ○ S ● N Ocasionadas por:

Pulmonar Tos: ○ S ● N Periodicidad Tos: Ronca: ○ S ● N

Otros Sintomas:

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS
PREANESTESICA

Paciente: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ Docto: 1093746652 Registro: 346867

EXAMEN FÍSICO

FC: 80 SaO2: 100 Talla: Peso: 70 IMC: Mallampati: ○ 1 ● 2 ○ 3 ○ 4

Cabeza: NORMAL

Distancia Mentoniana: ● > 6 cm ○ < 4 cm Riesgo Via Aerea: ● 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 NYHA: ● I ○ II ○ III ○ IV

Flexo Extension Cervical: ● Normal ○ Limitada Cf:

Cuello: NORMAL

Tórax: NORMAL

Corazón: NORMAL

Ruidos Cardiacos: ● Rítmicos ○ Arrítmicos Tensión Diast: 69 Tensión Sist: 115 Tensión Media: 84 Soplos: ○ S ● N

Caracteristica del Soplo:

Auscultación Pulmonar: ● Normal ○ Anormal Comentario:

Neurológico: NORMAL

Abdomen: NORMAL

Extremidades: NORMAL

Otros Hallazgos:

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS
PREANESTESICA

Paciente: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ Docto: 1093746652 Registro: 346867

EXÁMENES DE LABORATORIO		EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	
Grupo Sanguineo:			
	Resultado	Electrocardiograma:	Fecha:
Hb:	12.6		00/00/0000
Hematocrito:	37		
Creatinina:		Rx Torax:	Fecha:
Nitrógeno Ureico:			00/00/0000
Glicemia:	71		
Albúmina:		Otros Estudios: PRUEBA EMBARAZO NEGATIVO	Fecha:
Plaquetas:	228000		00/00/0000
Tp:	13		
Tpt:	28		
Inr:	1.15		

Diagnósticos: QUISTE DE OVARIO PARIDAD SATISFECHA

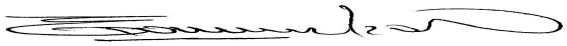
Clasificacion Asa: I

Recomendaciones: AYUNO PREOPERATORIO 8 HORAS

Observaciones: APTA PARA CIRUGIA

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS
PREANESTESICA

Paciente: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ Docto: 1093746652 Registro: 346867



CAMACHO NORIEGA DIOGENES GERARDO

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 1108

Fecha Impresión: 01/04/2023 13:20:13 Impreso por: MARTINEZ ALVAREZ JESSICA VIVIANA

I=7:15 F=

Clínica Urgencias Bucaramanga

Clínica de Urgencias Bucaramanga S.A.S.
Carrera 33 No. 53-27 - Tels: 6436131 - 6432324

RGT 346867

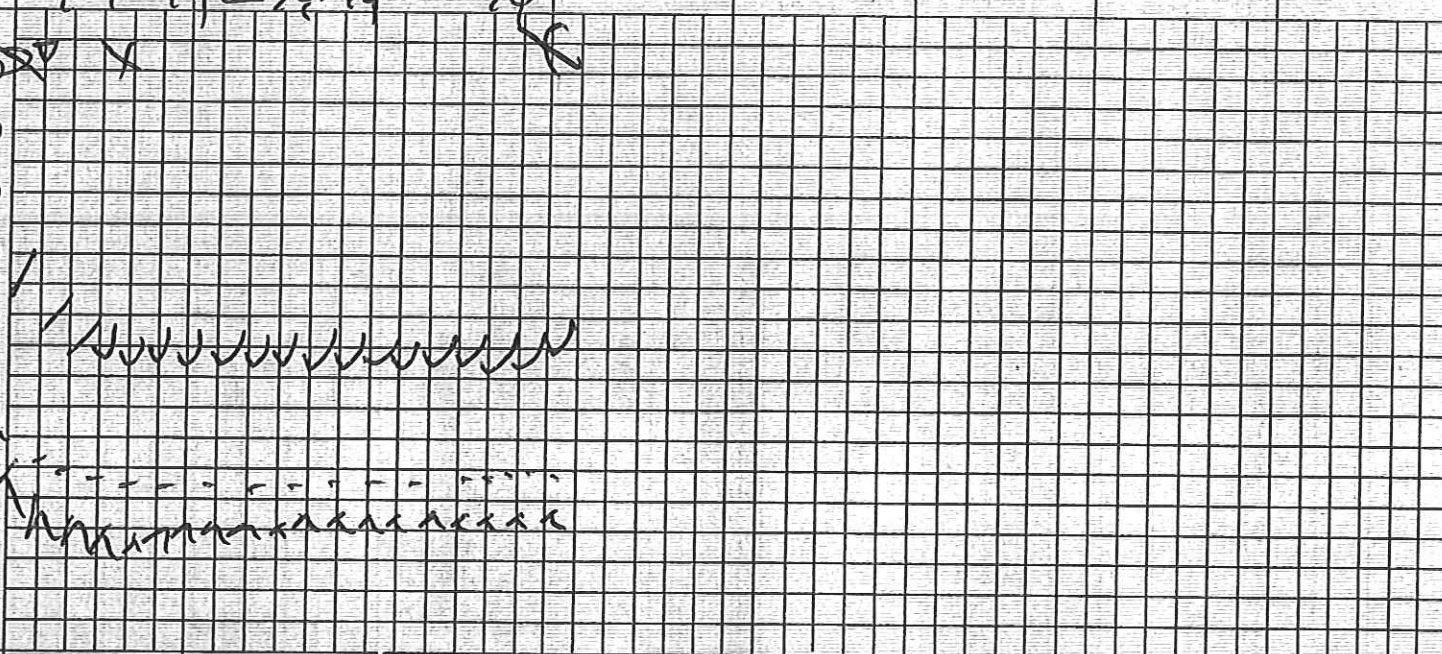
RECORD ANESTESICO UNION TEMPORAL

Nombre: VIVIANA YASID ARCHILA CANDINEZ
Anestesiólogo: REYES
Dx
Premedicación:
Inducción: GENERAL
Mantenimiento:

Fecha: 01/09/2021 ASA (1) 2 3 4 5
Edad: 32 Sexo: F Peso: Hab:
Cirujano: DR. V. QUEVEDO
Intervención: RESECC. QX + POMEROY VIA LAPAROSCOPICA

	Hora 7:15			9:30
AGENTES O_2 l/m	1.2 lt			
AGENTES N_2O l/m				
Sevo 2%				
LIQUIDOS: [illegible] 1000				
Posición				
Respiración E / A / C				
SaO_2 %	99 - 99 - 99 - 99 - 99			

TA V Λ / Pulso ● / Resp. ○ / Operac. ⊙ — 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20



Hemorragia ml/h
Diuresis ml/h
ANOTACIONES

TECNICA ANESTESICA

General	Regional	Local

Tubo # 7.0

Espinal	Espacio:
Peridural	Posición:
Aguja	Técnica
T. Lactancia:	Nivel:
Anestésico:	

ANOTACIONES

1. [illegible] 100 mcg
2. propofol 100 mg
3. [illegible] 2 mg
4. [illegible] 20 mg
5. [illegible]
6. [illegible] 2 g
7. [illegible]
8. [illegible] 8 mg
9. [illegible] 1 amp
10.
11.
12.

OBSERVACIONES:

ESTADO FINAL

Reflejos en Sala SI ☐ NO ☐
Enviado a Recuperación ☒
UCI ☐

Firma Anestesiólogo

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.
NOTA DE ENFERMERIA

Fecha y Hora Atención: **01/09/2021 09:45:00**
Historia Clínca N. **1093746652**

Paciente: **VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ**
Registro: **346867**

F. Nacimiento: **07/09/1988**
Edad: **32 años 11 meses 24 dias**

Fecha Hospitalización: **01/09/2021**
Dias Hospitalización: **0 dias**

Direccion: **MANZANA C CASA 16 B. CIUDADELA DE LA PAZ**
Telefono: **3125318633**

Empresa: **UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**
Plan: **CUB MAG CESAR**

NOTA ENFERMERIA

7+00 H
INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE CX.PROCEDENTE DE CX.AMBULATORIA PARA PROCEDIMIENTO QX.DE RESECCION QX.QUISTE OVARIO+POMEROY VIA LAPAROSCOPICA ,EN SILLA DE RUEDAS, EN COMPAÑIA DE AUX.DE ENFERMERIA. TRANQUILA, CONCIENTE, ORIENTADA, REFIERE NO SER ALERGICA A NINGUN MEDICAMENTO,PACIENTE QUE NIEGA PATOLOGIAS, TRAE HISTORIA CLINICA,LISTA DE CHEQUEO, CONCENTIMIENTO QX Y DE ANESTESIA +ECOGRAFIA +LABORATORIOS CON HB.12.6, SE PASA A SALA #6 SE PASA A MESA QX.POR SUS PROPIOS MEDIOS CON MEDIDAS DE SEGURIDAD,SE CANALIZA CON BRANULA #20,SE INSTALAN 500CC.DE LACTATO DE RINGER MSI.SE CONECTA LLAVE DE 3 VIAS+EXTENSION DE ANESTESIA .QUEDANDO LIQUIDOS PERMEABLES,SE MONITORIZA CON CARDIOSCOPIO Y PULSOXIMETRO,
SV.TA.106/65(66)FC.68.SO2%99
7+20H
DR.REYES CON PREVIA ASEPSIA INDUCE ANESTESIA GENERAL INHALATORIA CON SEVORANE +ENDOVENOSOS CON PROPOFOL+FENTANIL+ROCURONIO+REMIFENTANIL PASANDO POR BOMBA DE INFUSION A 40CC./H.,PROCEDE A ENTUBACION OROTRAQUEAL CON TUBO #7.0 CON BALON, SE LUBRICAN OJOS Y SE CUBREN CON MICROPORE,SE PROTEGEN PLEXOS NERVIOSOS CON ACOLCHONAMIENTO , CON PREVIO PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN AREA OPERATORIASE REALIZA LAVADO QX.CON ISODINE ESPUMA+ISODINE SOLUCION,POR ORDEN VERBAL DE LA DRA .XIOMARA SE PASA SONDA VESICAL FOLEY #16 MARCA LIFE CARE A CISTOFLO PREVIO LAVADO GENITAL CON I.ESPUMA+I.SOLUCION.SE RECOGE MUESTRA DE ORINA SE ROTULA Y SE ENVIA PARA EL LABORATORIO JUNTO A LA ORDEN ,SE REGISTRA EN EL LIBRO.INSTRUMENTADORA ROSA NELLY P.ABRE PAQUETE GENERAL CON PREVIA TECNICA ASEPTICA Y SE PASA A MESA QX.500CC.DE SSN.SE COLOCA PLACA DE ELECTROBISTURI EN MSD.CON MEDIDAS DE PROTECCION
SV.TA.108/62(76)FC.67.SO2%99.
7+40H POR ORDEN VERBAL DEL DR.QUEVEDO SE ADMINISTRA 2GM.DE CEFAZOLINA DILUIDA EN 200CC.DE LACTATO DE RINGER,QUEDANDO ,LIQUIDOS PERMEABLES,
7+40H
DR. QUEVEDO INICIA PROCEDIMIENTO QX.DE RESECCION QUIRURGICA +POMEROY VIA LAPAROSCOPICA ,SIN COMPLICACION
AYUDANTE. DRA.XIOMARA
ANESTESIOLOGO. REYES
INSTRUMENTADORA:ROSA NELLY PACHECO
CIRCULANTE. RUTH F.

FIGUEROA LIZARAZO RUTH OFELIA
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.
NOTA DE ENFERMERIA

Fecha y Hora Atención: **01/09/2021 09:48:00**
Historia Clínca N. **1093746652**

Paciente: **VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ**
Registro: **346867**

F. Nacimiento: **07/09/1988**
Edad: **32 años 11 meses 24 dias**

Fecha Hospitalización: **01/09/2021**
Dias Hospitalización: **0 dias**

Direccion: **MANZANA C CASA 16 B. CIUDADELA DE LA PAZ**
Telefono: **3125318633**

Empresa: **UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**
Plan: **CUB MAG CESAR**

NOTA ENFERMERIA

SE BRINDAN CUIDADOS DE ENFEMRERIA,
8+00H POR ORDEN VERBAL DEL DR.REYES SE ADMINISTRA 8MG.DE DEXAMETASONA,DILUIDA EN 50CC.DE LR +10MG.DE METOCLOPRAMIDA,DILUIDA EN 50CC.DE LR.ENDOVENOSOS,SIN COMPLICACION
8+20H POR ORDEN VERBAL DEL DR.REYES SE ADMINISTRA 2.5.GM.DE DIPIRONA ,DILUIDA EN 100CC.DE LR.+ 75MG.DICLOFENACO,DILUIDA EN 100CC.DE LR. ENDOVENOSOS SIN COMPLICACION.
SV.TA.90/59(72).FC.74 SO2%99
DURANTE EL PROCEDIMIENTO QX.EL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO UTILIZO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL POR PROTOCOLO DE COVID-19
SE RECIBE DE INSTRUMENTADORA ROSA NELLY PACHECO MUESTRA PARA PATOLOGIA DE OVARIO+TROMPA IZQ.,SE ROTULA Y SE DEJA EN FORMOL,QUEDANDO ORDEN DE PATOLOGIA,SE REGISTRA EN EL LIBRO JUNTO CON LA ORDEN.SE ENVIA MUESTRA PARA PATOLOGIA AL PATOLOGO DR.ACEVEDO P/REPORTE
SV.TA.98/43(54)FC.83.SO2%99
9+40H
TERMINA PROCEDIMIENTO QX.SIN COMPLICACION DEJAN HX.QX.CUBIERTA EN OMBLIGO CON TORUNDA DE MANI+OTRAS HERIDAS CUBIERTAS CON GASAS+ MICROPORE
9+45H
DR.REYES EXTUBA PACIENTE SIN COMPLICACION,SE PASA PARA RECUPERACION EN CAMILA CON MEDIDAS DE SEGURIDAD,EN COMPAÑIA DE AUX.DE ENFERMERIA Y ANESTESIOLOGO,BAJO EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL ,RESPIRANDO ESPONTANEO,TRANQUILA,CONCIENTE,ORIENTADA,SE PASAN TOTAL DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS 2000.DE LACTATO DE RINGER QUEDANDO PERMEABLES,HX.QX.LIMPIA Y SECA SE ENTREGA DOCUMENTACION AL INICIO MENCIONADA MENOS PAQUETE DE ANESTESIA.
OXIGENO POR MAQUINA DE ANESTESIA:2 HORAS+30MINUTOS
SV.TA .SO2%99

FIGUEROA LIZARAZO RUTH OFELIA
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.
NOTA DE ENFERMERIA

Fecha y Hora Atención: **01/09/2021 11:31:00**
Historia Clínca N. **1093746652**

Paciente: **VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ**
Registro: **346867**

F. Nacimiento: **07/09/1988**
Edad: **32 años 11 meses 24 dias**

Fecha Hospitalización: **01/09/2021**
Dias Hospitalización: **0 dias**

Direccion: **MANZANA C CASA 16 B. CIUDADELA DE LA PAZ**
Telefono: **3125318633**

Empresa: **UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**
Plan: **CUB MAG CESAR**

NOTA ENFERMERIA

11:h dra xionara valora paciente e indica retiro sonda vesical previo ejercicios vesicales.
no necesita hospitalizacion por lo tanto se retirar sonda vesical para prepara egreso.
11.30h se retira sonda vesical previos ejercicio , elimino por sonda 300cc orina amarilla.
queda con pañal

PEÑA URIBE MARIA DE LA CRUZ
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha Impresión: 01/04/2023 13:43:48 Impreso por: MARTINEZ ALVAREZ JESSICA VIVIANA

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.
NOTA DE ENFERMERIA

Fecha y Hora Atención: **01/09/2021 12:03:00**
Historia Clínca N. **1093746652**

Paciente: **VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ**
Registro: **346867**

F. Nacimiento: **07/09/1988**
Edad: **32 años 11 meses 24 dias**

Fecha Hospitalización: **01/09/2021**
Dias Hospitalización: **0 dias**

Direccion: **MANZANA C CASA 16 B. CIUDADELA DE LA PAZ**
Telefono: **3125318633**

Empresa: **UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**
Plan: **CUB MAG CESAR**

NOTA ENFERMERIA

12H paciente en adecuadas condiciones de su post operatorio reseccion quiste + pomeroy por laparoscopia dr v quevedo con heridas en region abdominal cuebiertas con micropore + torunda de mani en ombligo. se le retira monitoria, se le organiza en silla ruedas para ser trasladada a cx ambulatoria con indicaciones de cuidados , orden cita control+ resultado patologia dr acevedo + cita control + incapacidad.
en su estancia en sala recuperacion se le retiro sonda vesical + se le administro 500cc lactato ringer. ev.

PEÑA URIBE MARIA DE LA CRUZ
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha Impresión: 01/04/2023 13:44:29 Impreso por: MARTINEZ ALVAREZ JESSICA VIVIANA

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.
NOTA DE CIERRE ENFERMERIA

Fecha y Hora Atención: **01/09/2021 12:27:00**
Historia Clínca N. **1093746652**

Paciente: **VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ**
Registro: **346867**

F. Nacimiento: **07/09/1988**
Edad: **32 años 11 meses 24 dias**

Fecha Hospitalización: **01/09/2021**
Dias Hospitalización: **0 dias**

Direccion: **MANZANA C CASA 16 B. CIUDADELA DE LA PAZ**
Telefono: **3125318633**

Empresa: **UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**
Plan: **CUB MAG CESAR**

Diagnosticos

D391	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO	01/09/2021
D391	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO	01/09/2021

NOTA

12:30 p.m. Ingresa paciente de genero femenino, al servicio de cirugía ambulatoria, procedente del servicio de cirugía , en silla de ruedas con post operatorio mediato de: Reseccion Quirurgica + Pamorey por via Laparoscopica. Paciente despierta alerta, tranquila, patrón respiratorio espontaneo líquidos endovenosos permeables.
herida quirúrgica limpia y seca , cubierta con micropore y a nivel de ombligo turunda mas micropore limpio y seco.
se inician tramites administrativos para la salida post recuperación , se des-canaliza, se entregan ordenes medicas , incapacidad, historia clínica antigua, epicrisis , medios diagnósticos laboratorios + eco transvaginal se brindan indicaciones a seguir en casa , se explica sobre signos y síntomas de alarma.
Egresa usuario de la institución en silla de ruedas trasladado por auxiliar de enfermería , acompañado del familiar , lleva pertenencias , historia clínica e indicaciones a seguir en casa.

SEPULVEDA PINZON MARIA ISABEL
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha Impresión: 01/04/2023 13:45:11 Impreso por: MARTINEZ ALVAREZ JESSICA VIVIANA

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.
NOTA JEFE ENFERMERIA

Fecha y Hora Atención: **01/09/2021 10:03:00**
Historia Clínca N. **1093746652**

Paciente: **VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ**
Registro: **346867**

F. Nacimiento: **07/09/1988**
Edad: **32 años 11 meses 24 dias**

Fecha Hospitalización: **01/09/2021**
Dias Hospitalización: **0 dias**

Direccion: **MANZANA C CASA 16 B. CIUDADELA DE LA PAZ**
Telefono: **3125318633**

Empresa: **UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**
Plan: **CUB MAG CESAR**

NOTA JEFE ENFERMERIA

9:40 Con medidas de bioseguridad y protocolos institucionales + uso de elementos de proteccion personal para covid 19, se recibe Paciente femenina de 32 años en el servicio de recuperacion bajo efectos de anestesia general, pop de reseccion de tumor de ovario + salpingectomia bilateral laparoscopica, paciente hemodinamicamente estable,consciente, alerta y orientada, patron respiratorio espontaneo sin soporte de oxigeno, miembros superiores moviles con acceso venoso permeable izquierdo #20 pasando lactato de ringer, abdomen con heridas quirurgicas laparoscopicas cubierta con aposito + micropore limpia y seca, eliminacion por sonda vesical a cystoflo orina clara, miembros inferiores moviles, piel integra sin lesiones por presion.
pendiente:
- reporte de parcial de orina
-reporte de patologia ovario izquierdo Dr. Acevedo
signos vitales TA: 117/72 mmhg FC: 104 x minuto So2: 97

ARDILA ALVARADO ANDREA JULITZA
Especialidad: ENFERMERA(O) JEFE

Fecha Impresión: 01/04/2023 13:43:04 Impreso por: MARTINEZ ALVAREZ JESSICA VIVIANA

CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.
EPICRISIS 01/09/2021 09:52:00

Primera Evolución: 01/09/2021 07:24:00
Historia Clínica Nro: 1093746652
Paciente: VIVIANA ARCHILA LANDINEZ
Registro: 346867
F. Nacimiento: 07/09/1988
Edad: 32 años 11 meses 24 dias
Fecha Hospitalización: 01/09/2021
Dias Hospitalización: 0 dias
Direccion: MANZANA C CASA 16 B. CIUDADELA DE LA PAZ
Telefono: 3125318633
Empresa: UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB
Plan: CUB MAG CESAR
Fecha hra ingreso: 01/09/2021 06:00:00
Fecha hra egreso: 01/09/2021 13:07:49

AUTORIZACIÓN EN MEDIOS DIGITALES PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012. Al enviar mis datos personales, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS el tratamiento de los mismos (y/o de los del menor, mayor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información ubicada en www.cub.com.co y/o Carrera 33 53-27, que declaro conocer y estar informado de las Finalidades de dicho tratamiento, También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en dicha política. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

RESUMEN POR FECHA

01/09/2021 09:26:00 NOTA MEDICA

NOTA POSQURIRUGICA

DX PREQUIRURGICO TUMOR DE OVARIO DERECHO + PARIDAD SATISFECHA
DX POSQUIRRUGICO TUMOR DE OVARIO DERECHO + PARIDAD SATISFECHA
PROCEDIMIENTO: OFORECTOMIA DERECHA + SALPINGECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA
SIN COMPLICACIONES

CIRUJANO : DR QUEVEDO
AYUDANTE DRA ACEVEDO
ANESTESIA GENERAL
ANESTESIOLOGO: DR REYES

PLAN
TRASLADO A RECUPERACION
SE DECIDE DAR SALIDA POSTERIOR A RECUPERACION ANESTESICA
SE INDICA RETIRAR SONDA VESICAL PARA EGRESAR
CONTROL EN CONSULTA EXTERNA CON REPORTE DE PATOLOGIA
ACETAMINOFEN 500 MGR VO CADA 6 HRS
CEFALEXINA 500 MGR VO CADA 8 HRS
RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS INMEDIATAMENTE

RESUMEN POR FECHA

01/09/2021 09:52:00 RESUMEN DE ESTANCIA

PACIENTE POSQURIRUGICA DE OFORECTOMIA DERECHA + SALPINGECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA SIN COMPLICACIONES

PLAN
PACIENTE CON EVOLUCION POSQURIURGICA SIN COMPLICACIONES,
SE DECIDE DAR SALIDA POSTERIOR A RECUPERACION ANESTESICA
SE INDICA RETIRAR SONDA VESICAL PARA EGRESAR
CONTROL EN CONSULTA EXTERNA CON REPORTE DE PATOLOGIA
ACETAMINOFEN 500 MGR VO CADA 6 HRS
CEFALEXINA 500 MGR VO CADA 8 HRS
RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
INCAPACIDAD 10 DIAS
SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS INMEDIATAMENTE

01/09/2021 12:27:00 NOTA

12:30 p.m. Ingresa paciente de genero femenino, al servicio de cirugía ambulatoria, procedente del servicio de cirugía , en silla de ruedas con post operatorio mediato de: Reseccion Quirurgica + Pamorey por via Laparoscopica. Paciente despierta alerta, tranquila, patrón respiratorio espontaneo líquidos endovenosos permeables.
herida quirúrgica limpia y seca , cubierta con micropore y a nivel de ombligo turunda mas micropore limpio y seco.
se inician tramites administrativos para la salida post recuperación , se des-canaliza, se entregan ordenes medicas , incapacidad, historia clínica antigua, epicrisis , medios diagnósticos laboratorios + eco transvaginal se brindan indicaciones a seguir en casa , se explica sobre signos y síntomas de alarma.
Egresa usuario de la institución en silla de ruedas trasladado por auxiliar de enfermería , acompañado del familiar , lleva pertenencias , historia clínica e indicaciones a seguir en casa.

EPICRISIS

Diagnosticos

D391	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO	01/09/2021
D391	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO	01/09/2021

RESUMEN DE ESTANCIA

PACIENTE POSQURIRUGICA DE OFORECTOMIA DERECHA + SALPINGECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA SIN COMPLICACIONES

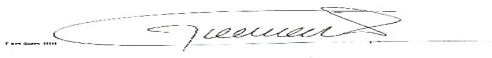
PLAN
PACIENTE CON EVOLUCION POSQURIURGICA SIN COMPLICACIONES,
SE DECIDE DAR SALIDA POSTERIOR A RECUPERACION ANESTESICA
SE INDICA RETIRAR SONDA VESICAL PARA EGRESAR
CONTROL EN CONSULTA EXTERNA CON REPORTE DE PATOLOGIA
ACETAMINOFEN 500 MGR VO CADA 6 HRS
CEFALEXINA 500 MGR VO CADA 8 HRS
RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
INCAPACIDAD 10 DIAS
SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS INMEDIATAMENTE

MEDICAMENTOS

101. ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA
CDA 6 HRS
102. CEFALEXINA 500 MG CAPSULAS
CADA 8 HRS

Conducta Urgencias **0**
Estado a la Salida **Vivo**

ACEVEDO LOPEZ XIOMARA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 13785



Medico Tratante: QUEVEDO F VICTOR HUGO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Registro Profesional: 1509

Clínica Urgencias Bucaramanga	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN EN ÉPOCA DE COVID-19	CÓDIGO: FO-GA-466	VERSIÓN: V4
		PÁGINA: Página 1 de 1	

FECHA	Agosto 31/21	C.C	1093746682.
NOMBRE DE PACIENTE	Viviana Yasid Archila	REGISTRO	346867
EDAD	32.	MÉDICO TRATANTE	Victor Quevedo.

Yo Viviana Yasid Archila Landinez, mayor de edad, identificado con cedula N° 1093746682., actuando en calidad de paciente___ o representante del paciente __ identificado con CC N° _____, manifiesto que acudo de manera libre y voluntariamente a la institución al servicio de cirugía, bajo mi responsabilidad y/o de la persona que represento.

Teniendo en cuenta que previamente fui informado de la situación actual por la pandemia presentada en ocasión del virus COVID-19, me fueron explicados con claridad los riesgos de contagio a los que me expongo al recibir la atención médica y/o a la persona que represento, así como los posibles síntomas y consecuencias:

- X Fiebre.
- X Tos.
- X Falta de aire o dificultad para respirar.
- X Muerte
- X Cansancio.
- X Malestar General
- X Goteo de la Nariz.
- X Dolor de Garganta.
- X Dolor de Cabeza.
- X Pérdida del sentido de olfato y gusto.

Aunque, la mayoría de las personas con COVID-19, tienen síntomas entre leves y moderados, la enfermedad puede causar complicaciones médicas graves y en algunas personas, la muerte. Los Adultos mayores o las personas con afecciones crónicas están a mayor riesgo de enfermarse gravemente con COVID-19. Algunas de las complicaciones pueden ser: Neumonía e insuficiencia respiratoria y falla en varios órganos.

Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo corto y claro. El profesional de la salud me ha explicado la naturaleza de la enfermedad, cuando es un caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19, en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, complicaciones o muerte. Al firmar este documento, reconozco que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido y se me han dado espacio para formular, preguntas las cuales me han sido respondidas y explicadas.

En señal de aceptación de todo lo anteriormente expuesto, firmo:

Viviana Archila
FIRMA PACIENTE
NOMBRE: Viviana Archila L
CC: 1093746652

FIRMA RESPONSABLE
NOMBRE: _____
PARENTESCO: _____
CC: _____

FIRMA MÉDICO
NOMBRE: Gonzalo Camacho
RM: 1158/94
CC: 5641600

Clínica Urgencias Bucaramanga	**Fecha actualización:** 5/07/2013	**Código:** **FO-GA-41**
	Realizó: Calidad	**Revisó y aprobó:** Dirección Médica
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO		**Página 1 de 2**

SERVICIO: Cirugia Ambulatoria.

IDENTIFICACION PACIENTE

NOMBRE: Viviana Yasid Archila Landinez.
NUMERO HISTORIA CLINICA: 1093746652.
PROCEDIMIENTO A REALIZAR:
Resección quirurgica + pomeroy por via laparoscopica.

TIPO DE ANESTESIA: General

GENERALIDADES

En este documento han sido plasmados y le serán informadas una serie de aclaraciones sobre el acto quirúrgico, los posibles riesgos y consecuencias del mismo, para que con plena libertad, usted autorice el procedimiento quirúrgico a realizar de acuerdo con la indicación del médico tratante.

Tengo consciencia de la no existencia de garantías absolutas del resultado de este y sé que el procedimiento a realizar por parte del especialista consiste en:

Resección quirurgica

Que los riesgos posibles más importantes en su realización son:

Los medicamentos o drogas que usted esté tomando actualmente, o que le hayan sido suministrados recientemente, le podrían causar complicaciones en el acto quirúrgico; por lo tanto, usted debe informarle al cirujano sobre todo tipo de sustancias que esté consumiendo, tales como aspirina,

Clínica Urgencias Bucaramanga	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	Código: FO-GA-41
		Página 2 de 2

sustancias psicoactivas, esteroides, hipoglicemiantes orales, antihipertensivos, o medicamento homeopáticos entre otros.

Debe informar también al cirujano si usted ha sufrido alguna reacción alérgica a una droga y qué tipo de reacción presentó, pues el olvidar esta información podría generarle un grave riesgo para su salud en el caso de que este medicamento le sea suministrado durante su cirugía.

Si tiene dudas sobre su riesgo personal, puede solicitar explicaciones con detalle. También puede solicitar esta información en cualquier momento de su estancia en la clínica.

DECLARACION DE LA MANIFESTACION DE VOLUNTAD DEL PACIENTE.

Me han explicado y he comprendido la naturaleza y razones por las cuales se efectúa este procedimiento, también se me ha informado de los riesgos posibles y complicaciones derivados del mismo.

Acepto que he escuchado y comprendido las explicaciones del Doctor acerca del procedimiento quirúrgico, de sus beneficios, riesgos y consecuencias, doy mi consentimiento para que se me efectué ó se le efectué a mi representado el procedimiento descrito y los procedimientos complementarios necesarios y convenientes durante la realización de este, a juicio de la idoneidad de los profesionales que lo lleven a cabo.

Viviana Archila Landinez
C.C. 1093746652 Los Patios N/S.
FIRMA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL - FAMILIAR
DECLARACIONES Y FIRMA

MEDICO RESPONSABLE: Victor H. Quiroz

He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento quirúrgico, de sus beneficios, riesgos y consecuencias.

FIRMA | 1348921 **CEDULA** | **FECHA**

Bucaramanga, Septiembre-01 de 2021.

Clínica Urgencias Bucaramanga	**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA LA ANESTESIA**	**CÓDIGO:** FO-GA-42	**VERSIÓN:** V2
		PÁGINA: Página 1 de 2	

SERVICIO: Cirugía Ambulatoria

IDENTIFICACION PACIENTE

NOMBRE: Viviana Yasid Archila L. **Nº HISTORIA CLINICA:** 1093746652.

PROCEDIMIENTO A REALIZAR:
Resección quirúrgica mas pomeroy por vía laparoscopica.

TIPO DE ANESTESIA: Cual

GENERALIDADES

En este documento usted leerá y le serán comunicadas una serie de aclaraciones sobre el acto anestésico, los posibles riesgos y consecuencias de su administración, para que con plena libertad, usted autorice el tipo de anestesia a suministrar para realizar el procedimiento quirúrgico que le ha sido programado e indicado por su médico tratante y el cambio de tipo de anestesia de ser necesario en el acto quirúrgico.

El acto anestésico tiene como fin evitar el dolor durante el procedimiento quirúrgico y atenuar el trauma fisiológico y psicológico al que estaría expuesto si este procedimiento se llevara a cabo de otra manera.
Según el tipo de anestesia suministrado, pueden presentarse algunos riesgos y consecuencias imprevisibles, tales como: disfonía (ronquera), náuseas, vómito, dolor, úlceras cornéales, trastornos del sueño, cefalea, hematomas, trastornos del ritmo cardiaco y alteraciones respiratorias, entre otros.

Para el mantenimiento de la anestesia, en ocasiones es necesaria la colocación de un tubo oro-traqueal, el cual permitirá la administración directa de oxigeno y gases anestésicos a sus pulmones, y durante su inserción podrían presentarse daño dental, fractura e incluso pérdida de una o varias piezas dentales, daño de coronas o prótesis fijas, laceración o traumas en labios, cavidad oral (especialmente lengua) y vía aérea

Los medicamentos o drogas que usted esté tomando actualmente, o que le hayan sido suministrados recientemente, le podrían causar complicaciones con la administración de medicamentos anestésicos; por lo tanto, usted debe informarle al anestesiólogo sobre todo tipo de sustancias que esté consumiendo, tales como aspirina, sustancias psicoactivas, esteroides, hipoglicemiantes orales, antihipertensivos, o medicamento homeopáticos entre otros.
Debe informar al anestesiólogo si usted ha sufrido alguna reacción alérgica a una droga y qué tipo de reacción presentó, pues el olvidar esta información podría generarle un grave riesgo para su salud en el caso de que este medicamento le sea suministrado durante su cirugía.
Los riesgos y consecuencias de la anestesia pueden incluir cambios en la presión arterial, reacciones inadvertidas a medicamentos, problemas en la respiración y en la oxigenación y posibles accidentes cerebro-cardiovasculares, entre otros, los cuales podrían desencadenar hasta la muerte del paciente (1 de 200.000 casos).

En los procedimientos quirúrgicos electivos, es necesario guardar un ayuno mínimo de 8 horas en los alimentos sólidos y leche. Otro tipo de bebidas líquidas (agua) podrían tomarse hasta 3 horas antes de la cirugía, previo acuerdo con su anestesiólogo.

Para las mujeres en edad fértil, es importante que ellas le comenten al anestesiólogo si creen estar en embarazo o si tienen un atraso en su menstruación, pues la administración de ciertos medicamentos durante el primer trimestre del embarazo podría desencadenar malformaciones congénitas en el bebé y/o podría presentarse un aborto.

Deben comentar en la consulta preanestésica si han presentado alguna complicación previa con la administración de anestésicos locales o generales, o si algún familiar cercano la ha presentado.
También he sido informado que para mantener un mejor control de mis funciones vitales, seré sometido a procedimientos de monitoreo según sea el caso, no invasivos o invasivos y que el personal está ampliamente

Clínica Urgencias Bucaramanga	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA LA ANESTESIA	CÓDIGO: FO-GA-42	VERSIÓN: V2
		PÁGINA: Página 2 de 2	

capacitado para su uso; su empleo puede genera riesgos adicionales inherentes, sin embargo es necesario que se efectúe el monitoreo, aún el invasivo (PVC, línea arterial, catéter centrales, de flotación, etc.) conforme a lo señalado en los actuales protocolos médicos vigentes, de igual forma reconozco la libertad prescriptiva que le asiste al anestesiólogo.

El plan anestésico que se realizará con el paciente podría ser modificado, ya que las condiciones del procedimiento podrían cambiar. Por consiguiente, autorizo al anestesiólogo para realizar las modificaciones que a su juicio profesional considere oportunas y convenientes para el paciente.

Que los riesgos posibles más importantes en su realización son:

Hipotensión

Shock

Reacciones Alérgicas

Obstrucciones en las vías aéreas

Reacciones secundarias a los anestésicos administrados

Si tiene dudas sobre su riesgo personal, en la visita de anestesia se lo pueden explicar con detalle. También puede solicitar esta información en cualquier momento de su estancia en la clínica.

DECLARACIÓN DE LA MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD DEL PACIENTE.

Me han explicado y he comprendido la naturaleza y razones por las cuales se efectúa este procedimiento; De igual modo se me ha explicado los riesgos posibles de la anestesia a aplicar para la realización del procedimiento.
Acepto que he escuchado y comprendido las explicaciones del anestesiólogo acerca del procedimiento anestésico, de sus beneficios, riesgos y consecuencias, doy mi consentimiento para que se me administre ó se le administre a mi representado, la anestesia requerida y señalada en este documento, así como las medidas complementarias que se estimen necesarias y oportunas en el acto médico.

Viviana Archila Landinez

C.C. 1093746652 Los Patios N/A

FIRMA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

DECLARACIONES Y FIRMA

NOMBRE MEDICO RESPONSABLE: Gerardo Camacho Arenas

He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento anestésico, de sus beneficios, riesgos y consecuencias

FIRMA MÉDICO **N° CEDULA** 5-69.000

Bucaramanga, VIII-31 de 20 21

M.D. Especialista	David Fernando Acelas Granados	**Fecha de Impresión**	2023-05-22 12:16:41
Paciente	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ	**Identificación**	CC -1093746652
Ocupación	AMA DE CASA	**Teléfono(s)**	3125318633
Edad	32 años 6 meses	**Estado Civil**	Unión Libre
Entidad	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	**Fecha de Atención**	2021-03-20
Diagnóstico Principal	N939 Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada		

MC - EA TELECONSULTA
PACIENTE CON CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES CON SANGRADO INTERMENSTRUAL FRECUENTE , SANGRADO ABUNDANTE CON USO DE TOALLAS MATERNAS DESDE HACE MAS DE 6 MESES . FUR 10 DE FEBRERO
ACTUALMENTE USO DE JADELLE DESDE HACE 3 AÑOS .
G2C2 / NIEGA PARIDAD SATISFECHA .
ULTIMA CITOLOGIA DICIEMBRE 2019 REFIERE NORMAL .
Antecedentes

Gineco-Obstétricos
.

Médicos NIEGA
Quirúrgicos CESAREA
Alérgicos NIEGA
Familiares NIEGA

Examen físico

Examen Físico Ginecológico TELECONSULTA .
Análisis PACIENTE CON HUA , SE INDICA CITA PRESENCIAL PARA EXAMEN FISICO Y DEFINIR ETIOLOGIA / MANEJO .

David Fernando Acelas Granados Ginecólogo - UIS
R.M 0617-06

M.D. Especialista	David Fernando Acelas Granados	**Fecha de Impresión**	2023-05-22 12:16:42
Paciente	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ	**Identificación**	CC -1093746652
Ocupación	AMA DE CASA	**Teléfono(s)**	3125318633
Edad	32 años 8 meses	**Estado Civil**	Unión Libre
Entidad	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	**Fecha de Atención**	2021-05-20
Diagnóstico Principal	N939 Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada		
Diagnóstico 2	N801 Endometriosis del ovario		
Diagnóstico 3	Z302 Esterilizacion		

MC - EA PACIENTE CON CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES CON SANGRADO INTERMENSTRUAL FRECUENTE , SANGRADO ABUNDANTE CON USO DE TOALLAS MATERNAS DESDE HACE MAS DE 6 MESES . FUR 10 DE FEBRERO
ACTUALMENTE USO DE JADELLE DESDE HACE 3 AÑOS .
G2C2 / PACIENTE MANIFIESTA PARIDAD SATISFECHA Y SOLICITA ESTERILIZACION QX MINIMAMENTE INVASIVA POR LAPAROSCOPIA .
ECO TV 19 FEBRERO UTERO EN RVF HOMOGENEO . ENDOEMTRIO MONOLAMINAR NORMAL 4MM . OVARIO DERECHO

NORMAL / OVARIO IZQUIERDO NO SE LÑOGRA VISUALIZAR - ENDOEMTRIOMA IZQUIERDO DE 5.7 CM
CITOLOGIA CV 27 ABRIL 2021 NEG LIE
ULTIMA CITOLOGIA DICIEMBRE 2019 REFIERE NORMAL .

Antecedentes

Gineco-Obstétricos

.

Médicos NIEGA
Quirúrgicos CESAREA
Alérgicos NIEGA
Familiares NIEGA

Examen físico

Examen Físico Ginecológico CONCIENTE , ALERTA ORIENTADA HIDRATADA , CP NORMAL , ABD BLANDO DEPRESIBLE , NO HAY DOLOR A PALAPCION , NO SE PALPAN MASAS .
EXAMEN GINECOLOGICO: EN PRESENCIA DE AUXILIAR DE CONSULTORIO Y PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA PACIENTE SE REALIZA EXAMEN GINECOLOGICO , NO HAY SANGRADO VAGINAL . ESPECULOSCOPIA CERVIX DE ASPECTO MACRO SIN LESIONES .
TV NO HAY DOLOR A MOVILIZACION DEL CERVIX O ANEXOS , NO SE PALPAN MASAS ANEXIALES.
NEURO NO HAY DEFICIT , ROT II/IV.
Análisis PACIENTE CON CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES POSIBLE MENTE POR EFECTO SEC JADELLE , SE INDICAN ACOS DURANTE 3 MESES PARA CONTROL DE CICLOS .
PACIENTE CON PARIDAD SATISFECHA LA CUAL SOLICITA SEA POR LAPAROSCOPIA MIMAMENTE INVASIVA , ENDOMETRIOMA IZQUIERDO ACTUALMENTE CON DIAMETYROS CON RIESGO DE TORSION Y LESION OVARICA POR LO CUAL SE REMITE A GINECOLOGIA TERCER NIVEL PARA PROGRAMACION DE LAPAROSCOPIA CON ESTERILIZACION QUIRURGICA Y RESECCION DE ENDOMETRIOMA .
ALTA POR GINECOLOGIA EN SEGUNDO NIVEL .

David Fernando Acelas Granados Ginecólogo - UIS
R.M 0617-06

M.D. Especialista	Yolima Isabel Ruiz López	**Fecha de Impresión**	2023-05-22 12:16:43
Paciente	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ	**Identificación**	CC -1093746652
Ocupación	AMA DE CASA	**Teléfono(s)**	3125318633
Edad	34 años 5 meses	**Estado Civil**	Unión Libre

UNIMUJER MATERNOINFANTIL S.A.S

Entidad	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	**Fecha de Atención**	2023-02-27
Diagnóstico Principal	Z359 Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion		

MC - EA CPN***
PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, G3C2, R Y P DE AGUACHICA, CASADA, DOCENTE, CON EMBARAZO DESEADO NO PROGRAMADO, QUIEN ACUDE A VLN GINECOLOGICA; NIEGA HOSPITALIZACION.***
NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR./ NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS./ CONOCE SENTENCIA C-355 DE 2006 Y C-055 DE 2022.***
REFIERE SENTIRSE BIEN DE SALUD, NIEGA SANGRADO, NIEGA SALIDA DE LÍQUIDO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS O SINTOMAS RESPIRATORIOS.***
VACUNA COVID-19 (SINOVAC) 2 DOSIS.

Antecedentes
Gineco-Obstétricos

MEN	IRS	CS	G	P	A	C	V	GEM	ECT	UP	UC	RN >4k	RN
			3	0	0	2	2	0	0	0	6		

FUR: 22.11.2022 Ritmo: Vsa: MAC:

Última Citología: ABRIL/2022

G1 (2014) CST X EFNS

G2 (2016) CST X CESAREA PREVIA

Médicos NIEGA
Quirúrgicos CESAREA (2), CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA
Alérgicos NIEGA
Familiares MADRE, ABUELA PATERNA CA MAMA

Revisión Por Sistemas

Cardio Pulmonar	X	NIEGA
Mamas	X	NIEGA
Abdomen	X	NIEGA
Musculo-Esquelético	X	NIEGA

Examen físico

Temp. 37 **F.C.** 86 **F.R.** 18 **S** 109 **TAM** 82.33
Peso 67 **Talla** 152 **IMC -** 28.99 - **Sobrepeso**
D 69
Examen Físico Ginecológico ABDOMEN GLOBOSO X PANICULO ADIPOSO, UTERO GRAVIDO, FETO INDIFERENTE, FCF 150X'

Paraclínicos:
25.01.2023 RUBEOLA IGG REACTIVO E IGM NEGATIVO, CH NORMAL, FTABS NEGATIVO, HBAGS NEGATIVO, VIH NR, TOXO IGG REACTIVO E IGM NR, ORINA CONTAMINADA, GLICEMIA 79

ECO (30.01.2023) 9.2 SEMANAS

Datos Embarazo

Fecha	27.02.2023				

UNIMUJER
MATERNOINFANTIL S.A.S

E.G	13.6				
Peso	67				
FCF	150				
Mov.Fetales	NO				
Alt. Uterina	N.A				
Presentación	INDIFERENTE				
Actividad Uterina	NO				
Sint.Preeclamp	NO				
Varices	NO				
Bishop	N.A				
Perd. Genitales	NO				
PBF	N.A				
Cervicometria	NO				

Análisis PACIENTE DE 34 AÑOS, G3C2, CON EMBARAZO DE 13.6 SEMANAS, QUIEN ACUDE A 1ER CONTROL, ASINTOMATICA, PARACLINICOS NORMALES. SS/PARACLINICOS FALTANTES

Impresión Diagnóstica EMBARAZO DE 13.6 SEMANAS***
ARO X CESAREA ITERATIVA/ SOBREPESO/ CPN INSUFICIENTE***
HUELLA SEROLOGICA TOXO***

RIESGOS: THAE, DTG, HPP, RUPTURA UTERINA

Plan SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE IVE, REFIERE ENTENDER Y QUERER CONTINUAR CON SU GESTACIÓN.***
RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN PREVENCION ITS, PREPARACION PARA EL PARTO Y PUERPERIO, IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, RESTRICCION DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, VOLUMEN DE TRABAJO Y ACTIVIDAD FÍSICA ADECUADA, IMPORTANCIA DEL NO USO DE VESTUARIO AJUSTADO E HIGIENE BUCAL.***
SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL, DOLOR DE CABEZA, VISIÓN BORROSA, PITOS EN LOS OÍDOS, SANGRADO GENITAL, DOLOR EN ABDOMEN Y/O CÓLICOS, VÓMITOS, ARDOR PARA ORINAR, DOLOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO OPRESIVO INTENSO, INFLAMACIÓN MANOS Y PIES, FLUJO VAGINAL.***
SS/TSH, CTOG, ECO TAMIZAJE 1ER TRIMESTRE; PENDIENTE UROCULTIVO.***
CITA CON RESULTADOS

Yolima Isabel Ruiz lópez Esp. Ginecología y Obstetricia
R.M 499/2003

M.D. Especialista	Yolima Isabel Ruiz López	**Fecha de Impresión**	2023-05-22 12:16:45
Paciente	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ	**Identificación**	CC -1093746652
Ocupación	AMA DE CASA	**Teléfono(s)**	3125318633
Edad	34 años 8 meses	**Estado Civil**	Unión Libre

UNIMUJER MATERNOINFANTIL S.A.S

Entidad	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	**Fecha de Atención**	2023-05-15
Diagnóstico Principal	N768 Otras inflamaciones especificadas de la vagina y de la vulva		
Diagnóstico 2	Z359 Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion		

MC - EA CPN***
PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, G3C2, R Y P DE AGUACHICA, CASADA, DOCENTE, CON EMBARAZO DESEADO NO PROGRAMADO, QUIEN ACUDE A CONTROL, VLN PREVIA 27.02.2023; NIEGA HOSPITALIZACION.***
NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR./ NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS./ CONOCE SENTENCIA C-355 DE 2006 Y C-055 DE 2022.***
REFIERE FLUJO VERDOSO FETIDO Y PRURIGINOSO, NIEGA SANGRADO, NIEGA SALIDA DE LÍQUIDO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS O SINTOMAS RESPIRATORIOS; NIEGA SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, MOV FETALES +++.***
VACUNA COVID-19 (SINOVAC) 2 DOSIS./ VLN X ODONTOLOGIA, PSICOLOGIA Y NUTRICION (OK).

Antecedentes

Gineco-Obstétricos

MEN	IRS	CS	G	P	A	C	V	GEM	ECT	UP	UC	RN >4k	RN <2k
			3	0	0	2	2	0	0	0	6		

FUR: 22.11.2022 Ritmo: Vsa: MAC:

Última Citología: ABRIL/2022

G1 (2014) CST X EFNS

G2 (2016) CST X CESAREA PREVIA

Médicos NIEGA
Quirúrgicos CESAREA (2), CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA
Alérgicos NIEGA
Familiares MADRE, ABUELA PATERNA CA MAMA

Examen físico

Temp 37 **F.C.** 88 **F.R.** 14 **S** 82 **D** 65
TAM 70.67 **Peso** 69 **Talla** 152 **IMC -** 29.86 - **Sobrepeso**
Examen Físico Ginecológico UTERO GRAVIDO, AU 24 CM, NO SE PALPA DINAMICA UTERINA***
BARRIDO ECOGRAFICO: CEFALICO, PLACENTA POSTERIOR, LA SUBJETIVAMENTE NORMAL

Paraclínicos:
13.03.2023 CTOG NORMAL, UROCULTIVO CONTAMINADO (TRATADO), TSH NORMAL

ECO 11-13.6 (27.02.2023) 13.5 SEMANAS, RIESGO BAJO CROMOSOMOPATIAS

Datos Embarazo

Fecha	15.05.2023				
E.G	24.6				
Peso	69				
FCF	146				
Mov.Fetales	SI				
Alt. Uterina	24				

Presentación	CEFALICA				
Actividad Uterina	NO				
Sint.Preeclamp	NO				
Varices	NO				
Bishop	N.A				
Perd. Genitales	NO				
PBF	N.A				
Cervicometria	NO				

Análisis PACIENTE DE 34 AÑOS, G3C2, CON EMBARAZO DE 24.6 SEMANAS, QUIEN ACUDE A CONTROL, REFIERE FLUJO VAGINAL, TRAE UROCULTIVO CONTAMINADO (TRATADO).// SE INDICA MANEJO MEDICO, SS/PARACLINICOS FALTANTES
Impresión Diagnóstica EMBARAZO DE 24.6 SEMANAS***
ARO X CESAREA ITERATIVA/ SOBREPESO/ CPN INSUFICIENTE***
HUELLA SEROLOGICA TOXO***
VAGINOSIS MIXTA RECURRENTE???***
PARIDAD SATISFECHA***

RIESGOS: THAE, DTG, HPP, RUPTURA UTERINA
Plan RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN PREVENCION ITS, PREPARACION PARA EL PARTO Y PUERPERIO, IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, RESTRICCION DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, VOLUMEN DE TRABAJO Y ACTIVIDAD FÍSICA ADECUADA, IMPORTANCIA DEL NO USO DE VESTUARIO AJUSTADO E HIGIENE BUCAL.***
SIGNOS DE ALARMA: CEFALEA, LUCES EN LOS OJOS, PITOS EN LOS OÍDOS, DOLOR FUERTE EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SALIDA DE FLUIDOS O SANGRADO VAGINAL, EDEMAS EN CARA, MANOS Y PIERNAS, MOLESTIA O ARDOR AL ORINAR, FLUJO VAGINAL CON OLOR Y/O QUE GENERE RASQUIÑA, FIEBRE (38°C), DOLOR BAJO, AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES.***
BEXON DUO***
SS/ HEMOGRAMA Y SEROLOGIA CONTROL, CTOG, UROCULTIVO CONTROL, CULTIVO SECRECION VAGINAL, CHAGAS IGG-IGM, ECO DETALLE ANATOMICO. X PERINATOLOGIA***
CITA CON RESULTADOS

Yolima Isabel Ruiz lópez Esp. Ginecología y Obstetricia
R.M 499/2003

UNIMUJER®
MATERNOINFANTIL S.A.S

ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL

Fecha: 30 DE ENERO DE 2023

Nombre: VIVIANA ARCHILA	**Edad: 34años**
No. identificación: 1.093.746652	**Entidad: UT RED**
FUM: 22 DE NOVIEMBRE DE 2022	**Edad Gestacional: 9.6 semanas**

Con equipo de última generación **SAMSUNG HERA 9** se realizó examen ultrasonográfico con transductor multifrecuencia con técnica de alta definición encontrándose:

FETO:

- Único vivo, Situación cambiante
- Actividad cardiaca visible y regular con modo B, frecuencia cardiaca fetal: latidos por minuto.

BIOMETRIA FETAL:

- Se realizó exploración integral consistente en evaluación de medidas por CRL.

Parámetros	*mm*	*Semanas*
• *LCC*	*26*	9.2

CONCLUSION:

- GESTACION CON FETO UNICO, VIVO, CON BIOMETRIA FETAL ACTUAL PARA 9 SEMANAS 2 DIAS
- FRECUENCIA CARDIACA FETAL 149 (LAT/M)
- LA PLACENTA ES ANTERIOR GRADO I
- NO SE OBSERVARON HEMATOMAS NI AREAS DE DESPRENDIMIENTOS
- TROFOBLASTO UNIVERSAL.
- LIQUIDO AMNIOTICO SUBJETIVAMENTE NORMAL
- SE RECOMIENDA ECOGRAFIA DE TAMIZAJE GENETICO + DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS SEMANA 11-13+6

La sensibilidad del ultrasonido para el diagnóstico de las anomalías congénitas alcanza el 75%, aunque varía con cada sistema fetal, con la edad gestacional y con las condiciones individuales de cada paciente.

David Fernando Acelas Granados
Ginecología y Obstetricia
RM: 0617-06
Universidad Industrial de Santander
UIS

DR DAVID FERNANDO ACELAS

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
RM 0617-06

Powered by CamScanner

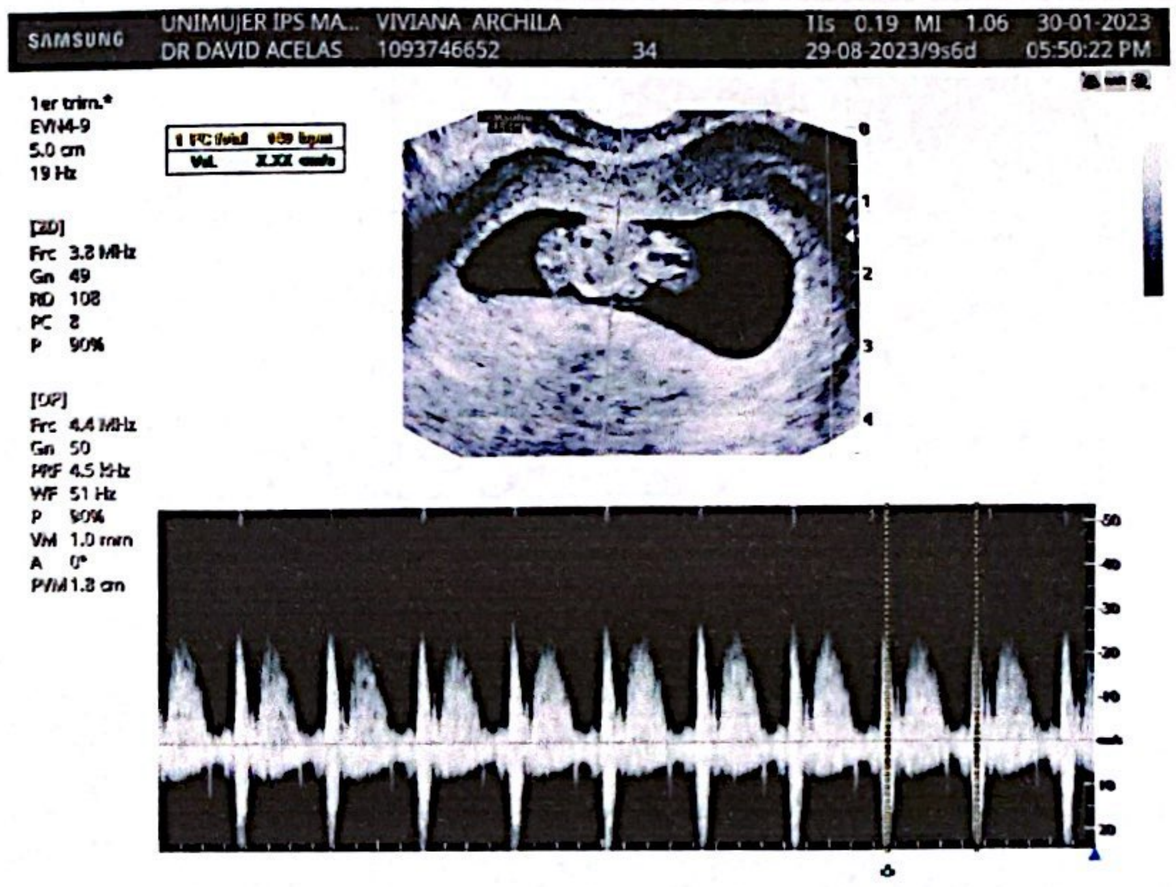
Informe

Paciente

ID	1093746652
Nombre	VIVIANA ARCHILA
Fecha de nacimiento	07-09-1988
Sexo	Femenino

Exam

Nº Ingreso	
Fecha Exámen	30-01-2023
Descripción	
Operador	DR DAVID ACELAS



Powered by CamScanner

UNIMUJER
MATERNOINFANTIL S.A.S

M.D. Especialista	Yolima Isabel Ruiz López	**Fecha de Impresión**	2023-11-08 10:59:18
Paciente	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ	**Identificación**	CC -1093746652
Ocupación	AMA DE CASA	**Teléfono(s)**	3125318633
Edad	34 años 5 meses	**Estado Civil**	Unión Libre
Entidad	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	**Fecha de Atención**	2023-02-27
Diagnóstico Principal	Z359 Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion		

MC - EA CPN***
PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, G3C2, R Y P DE AGUACHICA, CASADA, DOCENTE, CON EMBARAZO DESEADO NO PROGRAMADO, QUIEN ACUDE A VLN GINECOLOGICA; NIEGA HOSPITALIZACION.***
NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR./ NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS./ CONOCE SENTENCIA C-355 DE 2006 Y C-055 DE 2022.***
REFIERE SENTIRSE BIEN DE SALUD, NIEGA SANGRADO, NIEGA SALIDA DE LÍQUIDO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS O SINTOMAS RESPIRATORIOS.***
VACUNA COVID-19 (SINOVAC) 2 DOSIS.

Antecedentes
Gineco-Obstétricos

MEN	IRS	CS	G	P	A	C	V	GEM	ECT	UP	UC	RN >4k	RN
			3	0	0	2	2	0	0	0	6		

FUR: 22.11.2022 Ritmo: Vsa: MAC:

Última Citología: ABRIL/2022

G1 (2014) CST X EFNS

G2 (2016) CST X CESAREA PREVIA

Médicos NIEGA
Quirúrgicos CESAREA (2), CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA
Alérgicos NIEGA
Familiares MADRE, ABUELA PATERNA CA MAMA

Revisión Por Sistemas

Cardio Pulmonar	X	NIEGA
Mamas	X	NIEGA
Abdomen	X	NIEGA
Musculo-Esquelético	X	NIEGA

Examen físico

Temp. 37 **F.C.** 86 **F.R.** 18 **S** 109 **TAM** 82.33
Peso 67 **Talla** 152 **IMC -** 28.99 - **Sobrepeso**
D 69
Examen Físico Ginecológico ABDOMEN GLOBOSO X PANICULO ADIPOSO, UTERO GRAVIDO, FETO INDIFERENTE, FCF 150X'

Paraclínicos:
25.01.2023 RUBEOLA IGG REACTIVO E IGM NEGATIVO, CH NORMAL, FTABS NEGATIVO, HBAGS NEGATIVO, VIH NR, TOXO IGG REACTIVO E IGM NR, ORINA CONTAMINADA, GLICEMIA 79

ECO (30.01.2023) 9.2 SEMANAS

Datos Embarazo

Fecha	27.02.2023				
E.G	13.6				
Peso	67				
FCF	150				
Mov.Fetales	NO				
Alt. Uterina	N.A				
Presentación	INDIFERENTE				
Actividad Uterina	NO				
Sint.Preeclamp	NO				
Varices	NO				
Bishop	N.A				
Perd. Genitales	NO				
PBF	N.A				
Cervicometria	NO				

Análisis PACIENTE DE 34 AÑOS, G3C2, CON EMBARAZO DE 13.6 SEMANAS, QUIEN ACUDE A 1ER CONTROL, ASINTOMATICA, PARACLINICOS NORMALES. SS/PARACLINICOS FALTANTES
Impresión Diagnóstica EMBARAZO DE 13.6 SEMANAS***
ARO X CESAREA ITERATIVA/ SOBREPESO/ CPN INSUFICIENTE***
HUELLA SEROLOGICA TOXO***

RIESGOS: THAE, DTG, HPP, RUPTURA UTERINA
Plan SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE IVE, REFIERE ENTENDER Y QUERER CONTINUAR CON SU GESTACIÓN.***
RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN PREVENCION ITS, PREPARACION PARA EL PARTO Y PUERPERIO, IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, RESTRICCION DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, VOLUMEN DE TRABAJO Y ACTIVIDAD FÍSICA ADECUADA, IMPORTANCIA DEL NO USO DE VESTUARIO AJUSTADO E HIGIENE BUCAL.***
SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL, DOLOR DE CABEZA, VISIÓN BORROSA, PITOS EN LOS OÍDOS, SANGRADO GENITAL, DOLOR EN ABDOMEN Y/O CÓLICOS, VÓMITOS, ARDOR PARA ORINAR, DOLOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO OPRESIVO INTENSO, INFLAMACIÓN MANOS Y PIES, FLUJO VAGINAL.***
SS/TSH, CTOG, ECO TAMIZAJE 1ER TRIMESTRE; PENDIENTE UROCULTIVO.***
CITA CON RESULTADOS

Yolima Isabel Ruiz lópez Esp. Ginecología y Obstetricia
R.M 499/2003

INFORME ULTRASONIDO OBSTETRICO 11-14 SEMANAS

NOMBRE: *VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ*
CEDULA*: 1093746652*
EDAD: *34 AÑOS*
FECHA*: 01/03/2023*

FUR*: 26/11/2022 13.2 SEMANAS SEGUN FUR*

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor transvaginal y abdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando:

HALLAZGOS

Útero en anteversoflexión, de contornos regulares, sin alteraciones en su ecogenicidad.

Embarazo intrauterino con feto único vivo. Movimientos fetales positivos.

LCC	*77.3*	*mm*	*13.5*	*SEMANAS*
DBP	*24.2*	*mm*	*14.1*	*SEMANAS*
LF	*12.6*	*mm*	*13.5*	*SEMANAS*
CA	*73.2*	*mm*	*13.6*	*SEMANAS*
CC	*88.0*	*mm*	*13.6*	*SEMANAS*

TRANSLUCENCIA NUCAL	*1.23mm*
VALVULA TRICUSPIDE	*SIN REGURGITACION*
DUCTUS VENOSO	*PATRON DE ONDA NORMAL*
HUESO NASAL	*VISIBLE*

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: 153 LATIDOS POR MINUTO

ANATOMIA

CABEZA: Estructuras intracraneanas en desarrollo normal en el momento del examen. Plexos coroideos homogéneos.

CARA: Orbitas normales, hueso nasal visible.

TORAX: Configuración general normal, Corazón situs solitus de 4 cavidades. Ecogenicidad pulmonar normal.

ABDOMEN: Cámara gástrica y vejiga visible. Pared abdominal anterior íntegra.

EXTREMIDADES: Movilidad y tono normal, características normales para la edad gestacional.

LIQUIDO AMNIOTICO: subjetivamente normal

PLACENTA: FUNDICA GRADO I

CONCLUSIONES

1. ***EMBARAZO INTRAUTERINO DE 13.5 SEMANAS POR LCC CON FETO UNICO VIVO***
2. ***NO SE OBSERVAN MARCADORES ECOGRAFICOS DE ALTERACIONES CROMOSOMICAS***
3. ***TAMIZAJE DE RIESGO BAJO PARA CROMOSOMOPATIAS***

Se le informa a la paciente que la sensibilidad del ultrasonido para el diagnóstico de las anomalías congénitas alcanza el 75%, aunque varia con cada sistema fetal y con las condiciones individuales de cada paciente.

El valor predictivo positivo para síndrome Down por Edad + TNL + Hueso nasal + Ductus venoso oscila en 82% y la asociación con el tamizaje bioquímico de I trimestre puede mejorar hasta un 95%.

_____

DR DAVID FERNANDO ACELAS

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
RM 0617-06

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ

UNIMUJER
MATERNOINFANTIL S.A.S

M.D. Especialista	Yolima Isabel Ruiz López	**Fecha de Impresión**	2023-11-08 11:01:55
Paciente	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ	**Identificación**	CC -1093746652
Ocupación	AMA DE CASA	**Teléfono(s)**	3125318633
Edad	34 años 8 meses	**Estado Civil**	Unión Libre
Entidad	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	**Fecha de Atención**	2023-05-15
Diagnóstico Principal	N768 Otras inflamaciones especificadas de la vagina y de la vulva		
Diagnóstico 2	Z359 Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion		

MC - EA CPN***
PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, G3C2, R Y P DE AGUACHICA, CASADA, DOCENTE, CON EMBARAZO DESEADO NO PROGRAMADO, QUIEN ACUDE A CONTROL, VLN PREVIA 27.02.2023; NIEGA HOSPITALIZACION.***
NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR./ NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS./ CONOCE SENTENCIA C-355 DE 2006 Y C-055 DE 2022.***
REFIERE FLUJO VERDOSO FETIDO Y PRURIGINOSO, NIEGA SANGRADO, NIEGA SALIDA DE LÍQUIDO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS O SINTOMAS RESPIRATORIOS; NIEGA SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, MOV FETALES +++.***
VACUNA COVID-19 (SINOVAC) 2 DOSIS./ VLN X ODONTOLOGIA, PSICOLOGIA Y NUTRICION (OK).

Antecedentes

Gineco-Obstétricos

MEN	IRS	CS	G	P	A	C	V	GEM	ECT	UP	UC	RN >4k	RN <2k
			3	0	0	2	2	0	0	0	6		

FUR: 22.11.2022 Ritmo: Vsa: MAC:

Última Citología: ABRIL/2022

G1 (2014) CST X EFNS

G2 (2016) CST X CESAREA PREVIA

Médicos NIEGA
Quirúrgicos CESAREA (2), CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA
Alérgicos NIEGA
Familiares MADRE, ABUELA PATERNA CA MAMA

Examen físico

Temp 37 **F.C.** 88 **F.R.** 14 **S** 82 **D** 65
TAM 70.67 **Peso** 69 **Talla** 152 **IMC -** 29.86 - **Sobrepeso**
Examen Físico Ginecológico UTERO GRAVIDO, AU 24 CM, NO SE PALPA DINAMICA UTERINA***
BARRIDO ECOGRAFICO: CEFALICO, PLACENTA POSTERIOR, LA SUBJETIVAMENTE NORMAL

Paraclínicos:
13.03.2023 CTOG NORMAL, UROCULTIVO CONTAMINADO (TRATADO), TSH NORMAL

ECO 11-13.6 (27.02.2023) 13.5 SEMANAS, RIESGO BAJO CROMOSOMOPATIAS

Datos Embarazo

Fecha	15.05.2023				
E.G	24.6				
Peso	69				
FCF	146				

Mov.Fetales	SI				
Alt. Uterina	24				
Presentación	CEFALICA				
Actividad Uterina	NO				
Sint.Preeclamp	NO				
Varices	NO				
Bishop	N.A				
Perd. Genitales	NO				
PBF	N.A				
Cervicometria	NO				

Análisis PACIENTE DE 34 AÑOS, G3C2, CON EMBARAZO DE 24.6 SEMANAS, QUIEN ACUDE A CONTROL, REFIERE FLUJO VAGINAL, TRAE UROCULTIVO CONTAMINADO (TRATADO).// SE INDICA MANEJO MEDICO, SS/PARACLINICOS FALTANTES

Impresión Diagnóstica EMBARAZO DE 24.6 SEMANAS***
ARO X CESAREA ITERATIVA/ SOBREPESO/ CPN INSUFICIENTE***
HUELLA SEROLOGICA TOXO***
VAGINOSIS MIXTA RECURRENTE???***
PARIDAD SATISFECHA***

RIESGOS: THAE, DTG, HPP, RUPTURA UTERINA

Plan RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN PREVENCION ITS, PREPARACION PARA EL PARTO Y PUERPERIO, IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, RESTRICCION DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, VOLUMEN DE TRABAJO Y ACTIVIDAD FÍSICA ADECUADA, IMPORTANCIA DEL NO USO DE VESTUARIO AJUSTADO E HIGIENE BUCAL.***
SIGNOS DE ALARMA: CEFALEA, LUCES EN LOS OJOS, PITOS EN LOS OÍDOS, DOLOR FUERTE EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SALIDA DE FLUIDOS O SANGRADO VAGINAL, EDEMAS EN CARA, MANOS Y PIERNAS, MOLESTIA O ARDOR AL ORINAR, FLUJO VAGINAL CON OLOR Y/O QUE GENERE RASQUIÑA, FIEBRE (38°C), DOLOR BAJO, AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES.***
BEXON DUO***
SS/ HEMOGRAMA Y SEROLOGIA CONTROL, CTOG, UROCULTIVO CONTROL, CULTIVO SECRECION VAGINAL, CHAGAS IGG-IGM, ECO DETALLE ANATOMICO. X PERINATOLOGIA***
CITA CON RESULTADOS

Yolima Isabel Ruiz lópez Esp. Ginecología y Obstetricia
R.M 499/2003

UNIMUJER

MEDICINA MATERNO FETAL

ULTRASONIDO OBSTÉTRICO DETALLE ANATOMICO

NOMBRE: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CEDULA: 1093746652
EDAD: 34 AÑOS
FECHA: 20/05/2023

FUR: 22/11/2022 25.4 SEMANAS SEGUN FUM

TIPO DE EXAMEN

*Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando: Feto único, vivo en situación podálico Longitudinal Dorso anterior al momento del examen. Movimientos fetales activos. FCF **138** LATIDOS POR MINUTO*

EXAMEN FISICO

Cabeza: Ventrículos laterales normales, plexos coroideos sin alteraciones, tálamos y pedúnculos cerebrales normales. Estructuras de la fosa posterior normales. Cara: Orbitas normales. Cristalinos visibles. Estructuras medio faciales normales. Labio superior íntegro. Tórax: Corazón situs sollitus. Corte de cuatro cámaras normal. Ventrículos simétricos normales. Septum interventricular integro Tractos de salida normales. Corte de tres vasos y tráquea normal. Drenajes venosos normales. Ecogenicidad pulmonar normal. Reja costal normal. Abdomen Cámara gástrica visible. Riñón derecho e izquierdo normales sin pielectasias. Vejiga visible. Pared abdominal íntegra. Columna: Visible en toda su extensión. Extremidades: Movilidad y tono normal. Manos aparentemente normales. Pies bien orientados respecto a las piernas.

PESO ESTIMADO FETAL: 885grs P: 59.3%
PLACENTA Y CORDON / ILA: NORMAL
LOCALIZACIÓN: CORPORAL POSTERIOR Grado: II Cordón: 3 vasos

CONCLUSIONES

1. *GESTACION DE 26.1 SEMANAS POR BIOMETRIA*
2. *BIENESTAR FETAL AL MOMENTO DEL EXAMEN*

Informe redactado por: MR

La sensibilidad del ultrasonido para el diagnóstico de las anomalías congénitas alcanza el 75%, aunque varia con cada sistema fetal y con las condiciones individuales de cada paciente.

Referencias "1. Stoll C, Tenconi R, Clementi M.Detection of Congenital Anomalies by Fetal Ultrasonographic Examination across Europe. Community Genet. 2001 Jun;4(4):225-232.
2. Garne E, Loane M, Dolk H, et al.Prenatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe. Ultrasound Obstet Gynecol. 2005 Jan;25(1):6-11.
3. Stoll C, Garne E, EUROSCAN study group. Evaluation of prenatal diagnosis of associated congenital heart diseases by fetal ultrasonographic examination in Europe. Prenat Diagn. 2001 Apr;21(4):243-52. "

_____

DR CARLOS ANDRES VARGAS
MEDICINA MATERNO FETAL
RM 542731

UNIMUJER IPS
MATERNOINFANTIL S.A.S

M.D. Especialista	Yolima Isabel Ruiz López	**Fecha de Impresión**	2023-11-08 11:02:24
Paciente	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ	**Identificación**	CC -1093746652
Ocupación	AMA DE CASA	**Teléfono(s)**	3125318633
Edad	34 años 10 meses	**Estado Civil**	Unión Libre
Entidad	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	**Fecha de Atención**	2023-07-19
Diagnóstico Principal	N761 Vaginitis subaguda y cronica		
Diagnóstico 2	O990 Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio		
Diagnóstico 3	Z359 Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion		

MC - EA CPN***
PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, G3C2, R Y P DE AGUACHICA, CASADA, DOCENTE, CON EMBARAZO DESEADO NO PROGRAMADO, QUIEN ACUDE A CONTROL, VLN PREVIA 15.05.2023; NIEGA HOSPITALIZACION.***
NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR./ NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS./ CONOCE SENTENCIA C-355 DE 2006 Y C-055 DE 2022.***
REFIERE SENSACION DE HUMEDAD EN GENITALES, NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS O SINTOMAS RESPIRATORIOS; NIEGA SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, MOV FETALES +++.***
VACUNA COVID-19 (SINOVAC) 2 DOSIS./ VLN X ODONTOLOGIA, PSICOLOGIA Y NUTRICION (OK).

Antecedentes

Gineco-Obstétricos

MEN	IRS	CS	G	P	A	C	V	GEM	ECT	UP	UC	RN >4k	RN <2k
			3	0	0	2	2	0	0	0	6		

FUR: 22.11.2022 Ritmo: Vsa: MAC:

Última Citología: ABRIL/2022

G1 (2014) CST X EFNS

G2 (2016) CST X CESAREA PREVIA

RESULTADOS:

- 25.05.2023 HB 9.6-HTC 28.1, FTABS NEGATIVO, VIH NR, TOXO IGG E IGM NR, CULTIVO SECRECION VAGINAL C. ALBICANS Y CULTIVO E. COLI MULTISENSIBLE (TRATADA), GPT 17

- 21.06.2023 FERRITINA 7.1, HIERRO SERICO 59

- ECO DETALLE (20.05.2023) 26.1 SEMANAS, PFE P 59, ILA NORMAL, PLACENTA CORPORAL POSTERIOR, ANATOMIA FETAL NORMAL

Médicos NIEGA
Quirúrgicos CESAREA (2), SALPINGECTOMIA LAPAROSCOPICA
Alérgicos NIEGA
Familiares NIEGA

UNIMUJER IPS
MATERNOINFANTIL S.A.S

Examen físico

Temp 37 **F.C.** 91 **F.R.** 14 **S** 96 **D** 55

TAM 68.67 **Peso** 74 **Talla** 152 **IMC -** 32.02 - **Obesidad grado I**

Examen Físico Ginecológico UTERO GRAVIDO, AU 33 CM, NO SE PALPA DINAMICA UTERINA***
BARRIDO ECOGRAFICO: CEFALICO, PLACENTA POSTERIOR, LA SUBJETIVAMENTE NORMAL***
ESPECULOSCOPIA: CERVIX POSTERIOR DE ASPECTO SANO, TARNIER Y VALSALVA NEGATIVO, FLUJO BLANQUECINO ABUNDANTE

Análisis PACIENTE DE 34 AÑOS, G3C2, CON EMBARAZO DE 34.1 SEMANAS POSTERIOR A SALPINGECTOMIA LAPAROSCOPICA, QUIEN ACUDE A CONTROL, REFIERE SENSACION DE HUMEDAD EN GENITALES; PARACLINICOS: HB SUBOPTIMA Y FERRITINA BAJA, UROCULTIVO Y CULTIVO VAGINAL PATOLOGICO (TRATADO).// SE INDICA MANEJO MEDICO, SS/PARACLINICOS FALTANTES

Impresión Diagnóstica EMBARAZO DE 34.1 SEMANAS***
ARO X CESAREA ITERATIVA/ SD. ANEMICO/ OBESIDAD/ CPN INSUFICIENTE***
HUELLA SEROLOGICA TOXO***
PARIDAD SATISFECHA***

RIESGOS: THAE, DTG, HPP, RUPTURA UTERINA

Plan RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN PREVENCION ITS, PREPARACION PARA EL PARTO Y PUERPERIO, IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, RESTRICCION DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, VOLUMEN DE TRABAJO Y ACTIVIDAD FÍSICA ADECUADA, IMPORTANCIA DEL NO USO DE VESTUARIO AJUSTADO E HIGIENE BUCAL.***
SIGNOS DE ALARMA: CEFALEA, LUCES EN LOS OJOS, PITOS EN LOS OÍDOS, DOLOR FUERTE EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SALIDA DE FLUIDOS O SANGRADO VAGINAL, EDEMAS EN CARA, MANOS Y PIERNAS, MOLESTIA O ARDOR AL ORINAR, FLUJO VAGINAL CON OLOR Y/O QUE GENERE RASQUIÑA, FIEBRE (38°C), DOLOR BAJO, AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES.***
SS/ HEMOGRAMA CONTROL, CULTIVO RECTOVAGINAL, UROCULTIVO CONTROL, ECO OBSTETRICA (SEM 34-36)***
CITA CON RESULTADOS

Yolima Isabel Ruiz lópez Esp. Ginecología y Obstetricia
R.M 499/2003

GINECOLOGIA

UNIMUJER IPS MATERNO INFANTIL SAS

ID	1093746602	Nombre	VIVIANA ARCHILA
Fecha nac(edad)	07-09-1988(35)	Sexo	F
Indicación	ECO OBST		
Médico Diag.		Médico solici.	
Operador	DR DAVID ACELAS		

OB

FUM	22-11-2022	EG(FUM)	36s0d	FEP(FUM)	29-08-2023	Embarazos	3	Partos	2
EG Compuesto	Promedio	EG(EEUS)	35s6d	FEP(EEUS)	30-08-2023	Ectópico		Abortos	

PFE	*HADLOCK4*	DBP,CC,CA,LF	2678 g	(5lb 14oz)	35s3d	*HADLOCK*	35.9%

Biometr. fetal

				EG		PC		
DBP	89.45	mm	Prom.	36s1d		HADLOCK	64.4%	HADLOCK
LF	69.25	mm	Prom.	35s4d		HADLOCK	33.4%	HADLOCK
CA	311.46	mm	Prom.	35s1d		HADLOCK	33.4%	HADLOCK
DFO	112.61	mm	Prom.	36s4d	(33s4d~39s4d)	ASUM	58.7%	ASUM
CC	320.81	mm	Prom.	36s1d		HADLOCK	23.9%	HADLOCK

Cálculos 2D

IC (DBP/DFO)	79.4	%	(70 % ~ 86 %)	
LF/CA	22.2	%	(20 % ~ 24 %)	
LF/DBP	77.4	%	(71 % ~ 87 %)	
LF/CC	21.6	%	(20.10 % ~ 22.10 %)	HADLOCK
CC/CA	1.03		(0.93 ~ 1.11)	CAMPBELL

ILA

				EG		PC	
C1	25.80	mm	Prom.				
C2	19.54	mm	Prom.				
C3	36.99	mm	Prom.				
C4	29.43	mm	Prom.				
ILA	11.17	cm				23.9%	MOORE

FC fetal

FC fetal	145	bpm	Último

Perfil biofísico

Movimient	2	Respiraci.	2
Tono	2	VLA	2
Total	8		

01-08-2023

GINECOLOGIA

UNIMUJER IPS MATERNO INFANTIL SAS

ID	1093746602			Nombre	VIVIANA ARCHILA
Fecha nac(edad)	07-09-1988(35)	Sexo	F		
Indicación	ECO OBST				
Médico Diag.		Médico solici.		Operador	DR DAVID ACELAS

Comentario

FETO UNICO VIVO CEFALICO DORSO IZQUIERDA . CRECIMIENTO ACORDE PARA EG CON BIOMETRIA PARA 35.3 SEMANAS / PERCENTIL 39 . ANATOMIA BASICA OBSERVADA NORMAL . NO SE OBSERVAN MALFORMACIONES MAYORES . ILA NORMAL . PLACENTA FUNDICA G3 A MAS DE 2 CM DEL OCI .
PERFIL BIOFISICO 8/8

Médico Diag.:

Operador: DR DAVID ACELAS

01-08-2023

UNIMUJER MATERNOINFANTIL S.A.S

M.D. Especialista	Yolima Isabel Ruiz López	**Fecha de Impresión**	2023-11-08 11:00:47
Paciente	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ	**Identificación**	CC -1093746652
Ocupación	AMA DE CASA	**Teléfono(s)**	3125318633
Edad	34 años 10 meses	**Estado Civil**	Unión Libre
Entidad	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	**Fecha de Atención**	2023-08-03
Diagnóstico Principal	N390 Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado		
Diagnóstico 2	O990 Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio		
Diagnóstico 3	Z359 Supervision de embarazo de alto riesgo, sin otra especificacion		

MC - EA CPN***
PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, G3C2, R Y P DE AGUACHICA, CASADA, DOCENTE, CON EMBARAZO DESEADO NO PROGRAMADO, QUIEN ACUDE A CONTROL, VLN PREVIA 19.07.2023; NIEGA HOSPITALIZACION.***
NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR./ NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS./ CONOCE SENTENCIA C-355 DE 2006 Y C-055 DE 2022.***
REFIERE SENSACION DE PESO EN HIPOGASTRIO, EDEMA EN MANOS Y MI; NIEGA SANGRADO, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS O SINTOMAS RESPIRATORIOS; NIEGA SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, MOV FETALES +++.***
VACUNA COVID-19 (SINOVAC) 2 DOSIS./ VLN X ODONTOLOGIA, PSICOLOGIA Y NUTRICION (OK).

Antecedentes
Gineco-Obstétricos

MEN	IRS	CS	G	P	A	C	V	GEM	ECT	UP	UC	RN >4k	RN <2k
			3	0	0	2	2	0	0	0	6		

FUR: 22.11.2022 Ritmo: Vsa: MAC:

Última Citología: ABRIL/2022

G1 (2014) CST X EFNS

G2 (2016) CST X CESAREA PREVIA

Médicos NIEGA
Quirúrgicos CESAREA (2), CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA
Alérgicos NIEGA
Familiares MADRE, ABUELA PATERNA CA MAMA

Examen físico

Temp 37 **F.C.** 78 **F.R.** 14 **S** 99 **D** 70

TAM 79.67 **Peso** 74 **Talla** 152 **IMC -** 32.02 - **Obesidad grado I**

Examen Físico Ginecológico UTERO GRAVIDO, AU 36 CM, NO SE PALPA DINAMICA UTERINA***
BARRIDO ECOGRAFICO: CEFALICO, PLACENTA POSTERIOR, LA SUBJETIVAMENTE NORMAL

Paraclínicos:
25.07.2023 HB 10.6-HTC 31.98, CULTIVO VAGINAL NEGATIVO, UROCULTIVO K. PNEUMONIAE (EN TTO: NITROFURANTOINA)

ECO (1.08.2023) 35.3 SEMANAS, PFE 35, ILA NORMAL, PLACENTA FUNDICA Y PBF 8 PUNTOS

Datos Embarazo

Fecha	3.08.2023				
E.G	36.2				

Peso	74				
FCF	136				
Mov.Fetales	SI				
Alt. Uterina	36				
Presentación	CEFALICA				
Actividad Uterina	NO				
Sint.Preeclamp	NO				
Varices	NO				
Bishop	N.A				
Perd. Genitales	NO				
PBF	8 PUNTOS				
Cervicometria	N.A				

Análisis PACIENTE DE 34 AÑOS, G3C2, CON EMBARAZO DE 36.2 SEMANAS POSTERIOR A SALPINGECTOMIA LAPAROSCOPICA, QUIEN ACUDE A CONTROL, REFIERE EDEMA MI, PARACLINICOS: HB SUBOPTIMA, UROCULTIVO PATOLOGICO (EN TTO)./// SE PROGRAMA CESAREA, DESEA POMEROY

Impresión Diagnóstica EMBARAZO DE 36.2 SEMANAS***
ARO X CESAREA ITERATIVA/ SD. ANEMICO/ OBESIDAD/ CPN INSUFICIENTE***
HUELLA SEROLOGICA TOXO***
BACTERIURIA ASINTOMATICA RECURRENTE***
PARIDAD SATISFECHA***

RIESGOS: THAE, DTG, HPP, RUPTURA UTERINA

Plan RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN PREVENCION ITS, PREPARACION PARA EL PARTO Y PUERPERIO, IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, RESTRICCION DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, VOLUMEN DE TRABAJO Y ACTIVIDAD FÍSICA ADECUADA, IMPORTANCIA DEL NO USO DE VESTUARIO AJUSTADO E HIGIENE BUCAL.***
SIGNOS DE ALARMA: CEFALEA, LUCES EN LOS OJOS, PITOS EN LOS OÍDOS, DOLOR FUERTE EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SALIDA DE FLUIDOS O SANGRADO VAGINAL, EDEMAS EN CARA, MANOS Y PIERNAS, MOLESTIA O ARDOR AL ORINAR, FLUJO VAGINAL CON OLOR Y/O QUE GENERE RASQUIÑA, FIEBRE (38°C), DOLOR BAJO, AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES.***
SS/ SEROLOGIA CONTROL, TP-TPT***
VLN PREANESTESICA***
PROGRAMAR CESAREA + POMEROY (15.08.2023)

Yolima Isabel Ruiz lópez Esp. Ginecología y Obstetricia
R.M 499/2003

UNIMUJER
MATERNOINFANTIL S.A.S

M.D. Especialista	David Fernando Acelas Granados	**Fecha de Impresión**	2023-11-08 11:00:10
Paciente	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ	**Identificación**	CC -1093746652
Ocupación	AMA DE CASA	**Teléfono(s)**	3125318633
Edad	35 años 1 meses	**Estado Civil**	Unión Libre
Entidad	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB	**Fecha de Atención**	2023-10-19
Diagnóstico Principal	Z014 Examen ginecologico (general) (de rutina)		

MC - EA PACIENTE VIENE A CONTROL POST QX
CESAREA + POMEROY 15 AGOSTO
FUR 20 SEPT
G3C3 .
REFIERE SENTIRSE BIEN / LACTANCIA REFIERE NORMAL .
Antecedentes

Gineco-Obstétricos
.

Médicos NIEGA
Quirúrgicos CESAREA
Alérgicos NIEGA
Familiares NIEGA

Examen físico

Examen Físico Ginecológico ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS / CICATRIZ SUPRAPUBICA SIN ERITEMA O SECRECION .
GU NO SANGRADO . TV NO SE REALIZA
Análisis PACIENTE CON BUENA EVOLUCION CLINICA / POR SINDROME ANEMICO DURANTE GESTACION SE SOLICITA HEMOGRAMA Y PERFIL HEMATICO PARA CONTROL EN I NIVEL CON MD GRAL .
ALTA POR GINECOLOGIA

David Fernando Acelas Granados Ginecólogo - UIS
R.M 0617-06

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	14	Fecha:	02/09/2022 08:01:34 a.m.
Registrado por:	18919973 RAFAEL ULISES SARMIENTO AMOROCHO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	991 DOCENTES				

Motivo de consulta

ME SALIO UN NACIDO EN EL PUBIS

Enfermedad actual

REFIERE LA PACIENTE QUE PRESENTA ABSCESO EN REGION PUBICA DE 4 DIAS ACOMPAÑADO DE LEVE EDEMA, RUBOR, CALOR, DOLOR, DRENANDO MATERIAL PURULENTO EN ESCASA CANTIDAD HOY SOLICITA TRATAMIENTO MEDICO

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No

Imprime

Fecha De Impresion 19/07/2023 16:37

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	14	Fecha:	02/09/2022 08:01:34 a.m.
Registrado por:	18919973 RAFAEL ULISES SARMIENTO AMOROCHO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Sífilis Gestacional	☐	Sin_dato
Hipotiroidismo	☐	Sin_dato
Farmacológicos		
Cirugias Tracto Reproductivo	☐	
Transfucionales		
Ocupacionales		
Otros	☐	Cual

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16	Num. Compañeros sexuales:	0
Masculino		Espermaquia	
Femenino			

G	P	A	C	M	E	V
2	0	0	2	0	0	0

FUR		FPP		FUP		Periodo Interginesico	No_Aplica
Planifica	☑	Metodo	No_Aplica	Cuales			
Tiempo De Uso				Complicación			
Menarquia		Ciclos	8	X		Regulares	☐
Flujo Vaginal	☐						
Fecha última Citología		Razones de no aplicación					
Resultados BETHESDA	No_Aplica						

EXAMEN FISICO

TA	120 / 80	FC	80	FR	18	Temperatura	36,60
Perimetro Cefálico	,00						
Peso	68,00 Kg	Talla	1,52 m	IMC	29,43	Percentil Peso Edad	
Percentil Talla Edad							
Percentil Peso Talla		Circunferencia cintura	,00	Agudeza visual		OI	/
						OD	/

Impresion General	☐	ALERTA CONSCIENTE ORIENTADA
Cabeza/Cuello	☐	NORMOCEFALO
ORL	☐	NORMAL
Cardiopulmonar	☐	RsCsRs
Abdomen	☐	BLANDO DEPRESIBLE
Genitourinario	☐	NO EXPLORADO
Osteomuscular	☐	NORMAL
Piel y Faneras	☑	ABSCESO EN PROCESO DE RESOLUCION EN REGION PUBICA
Neurológico	☐	SDA
Extremidades	☐	SIN EDEMA
Esfera mental	☐	
Taner	☐	
Signos de maltrato	☐	

Hernias	☐	Criptorquidia	☐	Agenesia	☐
Reflejo Rojo	NoAplica	Convert Test	NoAplica		
Tacto Rectal	☐	Tacto Vaginal	☐	Examen Testicular	☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	L028 - ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS	Definitivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Plan De Manejo

PACIENTE QUIEN PRESENTA ABSCESO EN REGION PUBICA CON LEVE EDEMA RUBOR CALOR DRENANDO MATRERIAL PURULENTO EN ESCASA CANTIDAD SE ORDENA TRATAMIENTO Y SE DAN RECOMENDACIONES

Recomendaciones y asesorías educativas

☑ 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.

Imprime

Fecha De Impresion 19/07/2023 16:37

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	14	Fecha:	02/09/2022 08:01:34 a.m.
Registrado por:	18919973 RAFAEL ULISES SARMIENTO AMOROCHO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

- [x] 2. Evite el estrés.
- [x] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [x] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [x] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [x] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

SE RECOMIENDA COLOCAR PAÑOS DE AGUA TIBIA CON SAL DE EPSON

Proxima Consulta	Ninguno	Tipo De Control	Ninguno	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
M01AE02374859 - NAPROXENO X 250 MG TABLETA	15	Oral	TOMAR 1 CADA 8 HORAS
J01CF016102 - DICLOXACILINA X 500 MG CAPSULA	15	Oral	TOMAR 1 CADA 8 HORAS

Médico:	SARMIENTO AMOROCHO RAFAEL ULISES
T.P.:	18919973
Tipo:	Medico_General

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	25	Fecha:	05/07/2023 07:34:14 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

PACIENTE ACUDE CON REPORTE DE PARACLINICOS SOLICITADOS

Enfermedad actual

CIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G 3 P0 C 2 ACTUALMENTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 32 SEM 5 DIAS (ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 30/01/2023 EMBARAZO DE 9 SEM 2 DIAS) FPP 02/09/2023 , MANIFIESTA PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES, NO PERDIDAS VAGINALES , NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO , NIEGA SINTOMAS URINARIOS, ACUDE EN EL DIA DE HOY , ACUDE EN EL DIA DE HOY CON REPORTE DE PARACLINICOS SOLICITADOS , PACIENTE CON ANTECENT E DE ANEMIA 25/05/202 HB 9,6 GR/DL HTO 28,11 % R. DE LEUCOCITOS 7.770 R. DE PLAQUETAS 296000 PRUEBA TREPONEMICA NEGATIVA .ACUDE HOY CON REPORTE DE PARACLINICOS NIVEL DE FERRITINA 7.1 NG/ ML HIERRO SERICO 59.00 UG /DL

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			

Imprime

Fecha De Impresion 19/07/2023 16:45

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	25	Fecha:	05/07/2023 07:34:14 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Otros Traumaticos					
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No
Sífilis Gestacional	☐ Sin_dato				
Hipotiroidismo	☐ Sin_dato				
Farmacológicos					
Cirugias Tracto Reproductivo	☐				
Transfucionales					
Ocupacionales					
Otros	☐ Cual	CESAREA (2) CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA .			

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16			Num. Compañeros sexuales:	1
Masculino		Espermaquia			
Femenino					

G	2	P	0	A	0	C	2	M	0	E	0	V	0

FUR	FPP	FUP	Periodo Interginesico	No_Aplica	
Planifica ☑	Metodo	No_Aplica	Cuales		
Tiempo De Uso			Complicación		
Menarquia	Ciclos	8 X	Regulares ☐	Flujo Vaginal ☐	
Fecha última Citología	Razones de no aplicación				
Resultados BETHESDA	No_Aplica				

EXAMEN FISICO

TA	110 / 70	FC	78	FR	18	Temperatura	36,00
Perimetro Cefálico	,00	Peso	75,00 Kg	Talla	1,56 m	IMC	30,82
Percentil Peso Edad		Percentil Talla Edad		Percentil Peso Talla		Circunferencia cintura	,00
Agudeza visual	OI /		OD /				

Impresion General	☐ BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRIL
Cabeza/Cuello	☐ NORMAL
ORL	☐ NORMAL
Cardiopulmonar	☐ PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS, RS CS RITMICOS, SIN SOPLOS NI RUIDOS AGREGADOS
Abdomen	☐ GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO , PRESENTACION CEFALICA, SITUACION LONGITUDINAL DORSO IZQUIERDO FCF: 144 LAT/ MIN
Genitourinario	☐ NO SE TACTA
Osteomuscular	☐ NORMAL
Piel y Faneras	☐ NORMAL
Neurológico	☐
Extremidades	☐
Esfera mental	☐
Taner	☐
Signos de maltrato	☐

Hernias	☐	Criptorquidia	☐	Agenesia	☐
Reflejo Rojo	NoAplica	Convert Test	NoAplica		
Tacto Rectal	☐	Tacto Vaginal	☐	Examen Testicular	☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	Z359 - SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Presuntivo
☐	D649 - ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	Presuntivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Imprime

Fecha De Impresion 19/07/2023 16:45

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	25	Fecha:	05/07/2023 07:34:14 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Plan De Manejo

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD CURSA CON EMBARAZO DE 32 SEM 5 DI9AS + S.ANEMICO , HB 9,6 GR/DL HTO 28,11 % NIVEL DE FERRITINA 7.1 NG/ML HIERRO SERICO 59.00 UG /DL
SE INDICA CONTINUAR CON HIERRO ORAL . SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE NUTRICION SE REMITE A VALROACION POR NUTRICION SE INDICA SUPLEMENTO DE HIERRO (YA TIENE)

Recomendaciones y asesorías educativas

- [ ] 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.
- [ ] 2. Evite el estrés.
- [ ] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [ ] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [ ] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [ ] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Ninguno	Tipo De Control	Ninguno	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad
890206 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	NUTRICION CLINICA (EXTERNA)	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología

Médico:	MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.:	3158
Tipo:	Medico_General

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	16	Fecha:	11/01/2023 04:05:11 p.m.
Registrado por:	84095431 HARVIS LUIS POVEA BORREGO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Otra	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

NO ME LLEGO EL PERIODO Y ME HICE UNA PRUEBA DE EMBARAZO CASERA Y SALIO POSITIVA

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA QUIEN REFEIRE QUE EN EL MES DE DICIEMBRE NO PRESENTO CICLO MESTRUAL ADUCIENDO QUE SU ULTIMO CICLO FUE EL 22/11/2022 QUIEN POR NO LLEGARLE LA MESTRUACIO SE REALIZO UNA PRUEBA E EMBARAZO CASERA Y LE RESULTO POSITIVA, MANIFIESTA ADEMAS LA PACIENTE REALIZACION DE POMEROY POR MODALIDA VIDEO LAPAROSCOPIA HACE +/- 1 AÑO (SEP/2021), PACIENTE QUIEN REFIERE ADEMAS CEFALEA RECURRENTES, FLUJO VAGINAL BLNQUECINO, DE OLOR NO FETIDO, NIEGA OTRO SINTOMAS, NIEGA FIEBRE, NIEGA CEFALEA, NIEGA MAREO, NIEGA EMESIS, NIEGA TOS, NIEGA CONGESTION NASAL ,NIEGA SECRECIONES NASALES, NIEGA ODINOFAGIA, NIEGA ANOSMIA, NIEGA DISGUESA, NIEGA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA DISNEA DE ESFURZO, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA MIALGIA, NIEGA ALTRALGIA, NIEGA MALESTAR GENERAL, NIEGA ASTENIA, NIEGA ADINAMIA, NIEGA FATIGA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA DEPOSICIONES DIARREICAS, NIEGA OTROS SINTOMAS, NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON PERSONA COVID POSITIVO EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, REFEIRE ANTECEDENTE DE ASMA EN LA NIÑEZ, NIEGA HTA, NIEGA DM2, NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	16	Fecha:	11/01/2023 04:05:11 p.m.
Registrado por:	84095431 HARVIS LUIS POVEA BORREGO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No
Sífilis Gestacional	☐	Sin_dato			
Hipotiroidismo	☐	Sin_dato			
Farmacológicos					
Cirugias Tracto Reproductivo	☐				
Transfucionales					
Ocupacionales					
Otros	☐	Cual			

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16	Num. Compañeros sexuales:	0
Masculino			
Femenino	Espermaquia		

G	P	A	C	M	E	V
2	0	0	2	0	0	0

FUR		FPP		FUP	
Periodo Interginesico	No_Aplica				
Planifica	☑	Metodo	No_Aplica	Cuales	
Tiempo De Uso				Complicación	
Menarquia		Ciclos	8	X	
Regulares	☐	Flujo Vaginal	☐		
Fecha última Citología		Razones de no aplicación			
Resultados BETHESDA	No_Aplica				

EXAMEN FISICO

TA	100 / 60	FC	88	FR	17	Temperatura	36,00
Perimetro Cefálico	,00						
Peso	68,00 Kg	Talla	1,51 m	IMC	29,82	Percentil Peso Edad	
Percentil Talla Edad							
Percentil Peso Talla		Circunferencia cintura	,00	Agudeza visual		OI	/
						OD	/

Impresion General	☐	
Cabeza/Cuello	☐	
ORL	☐	
Cardiopulmonar	☐	TORAX SIMETRICO, EXPANDIBLE SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULA BILATERAL AUDIBLE
Abdomen	☐	ABDOMEN PERISTALSIS POSITIVA NORMAL, BLANDO, DEPRESIBLE, LEVE DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN HIPOGASTRIO, NO MASAS, NO VISCEROMEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONIAL, PUÑO PERCUSION NEGATIVA BILATERAL
Genitourinario	☐	
Osteomuscular	☐	
Piel y Faneras	☐	
Neurológico	☐	
Extremidades	☐	EXTREMIDADES SIMTRICAS SIN EDEMAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, PULSOS DISTALES DE BUEN TONO, FRECUEMCIA E INTENCIDAD
Esfera mental	☐	
Taner	☐	
Signos de maltrato	☐	

Hernias	☐	Criptorquidia	☐	Agenesia	☐
Reflejo Rojo	NoAplica	Convert Test	NoAplica		
Tacto Rectal	☐	Tacto Vaginal	☐	Examen Testicular	☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	16	Fecha:	11/01/2023 04:05:11 p.m.
Registrado por:	84095431 HARVIS LUIS POVEA BORREGO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	N912 - AMENORREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	Presuntivo
☐	Z320 - EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO	Presuntivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Plan De Manejo

PLAN: MANEJO AMBULATORIO
S/S PRUEBA DE EMBARAZO, SI PRUEBA REPORTA POSITIVA ACUDIR AL PROGRAMA MATERNO- PERINATAL
SI REPORTE SALE NEGATIVO CITA CON RESULTADOS PARA ESTUDIOS COMPLEMENARIOS
SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
RECOMENDACIONES PARA EVITAR CONTAGIO POR SARS CoV 2: EVITAR AGLOMERACIONES, AISLAMIENTO SOCIAL, USO DE TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN, USO DE ALCOHOL GLICERINADO, DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES ETC.

Recomendaciones y asesorías educativas

- ☑ 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.
- ☑ 2. Evite el estrés.
- ☑ 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- ☑ 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- ☑ 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- ☑ 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Ninguno	Tipo De Control	Ninguno	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad
904508 - GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología

Médico:	POVEA BORREGO HARVIS LUIS
T.P.:	84095431
Tipo:	Medico_General

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	17	Fecha:	17/01/2023 09:27:36 a.m.
Registrado por:	72017042 DAIRO JOSE MIRANDA ONORO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	Profesional	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	Deteccion_Alteracion_Adulto
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

TENGO DOLOR BAJITO

Enfermedad actual

PACIENTE FEM 34 AÑOS G2 C2 QUIEN SE REALIZÓ PRUEBA DE EMBARAZO HACE POCOS DIAS CON RESULTADO POSITIVO, REFIERE DOLOR PELVICO , NIEGA SANGRADO FUM: 22/11/22 PARA UNA EG: 8 SEMANAS , PLANIFICACION CON POMEROY POR VIA LAPAROSCOPICA HACE 16 MESES .

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					

HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	17	Fecha:	17/01/2023 09:27:36 a.m.
Registrado por:	72017042 DAIRO JOSE MIRANDA ONORO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Sífilis Gestacional	☐	Sin_dato
Hipotiroidismo	☐	Sin_dato
Farmacológicos		
Cirugias Tracto Reproductivo	☐	
Transfucionales		
Ocupacionales		
Otros	☐	Cual

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16	Num. Compañeros sexuales:	0
Masculino		Espermaquia	
Femenino			

G	P	A	C	M	E	V
2	0	0	2	0	0	0

FUR		FPP		FUP	
Periodo Interginesico	No_Aplica				
Planifica	☑	Metodo	No_Aplica	Cuales	
Tiempo De Uso				Complicación	
Menarquia		Ciclos	8	X	
Regulares	☐	Flujo Vaginal	☐		
Fecha última Citología		Razones de no aplicación			
Resultados BETHESDA	No_Aplica				

EXAMEN FISICO

TA	110 / 80	FC	69	FR	19	Temperatura	36,00
Perimetro Cefálico	,00	Peso	69,00 Kg	Talla	1,52 m	IMC	29,87
Percentil Peso Edad		Percentil Talla Edad		Percentil Peso Talla		Circunferencia cintura	,00
Agudeza visual		OI	/	OD	/		

Impresion General	☑	CONCIENTE, ORIENTADA, BEG
Cabeza/Cuello	☐	
ORL	☐	
Cardiopulmonar	☐	
Abdomen	☑	DOLOR A LA PALPACION HIPOGASTRIO Y FII , NO MASAS O MEGALIAS
Genitourinario	☐	
Osteomuscular	☐	
Piel y Faneras	☐	
Neurológico	☐	
Extremidades	☐	
Esfera mental	☐	
Taner	☐	
Signos de maltrato	☐	

Hernias	☐	Criptorquidia	☐	Agenesia	☐
Reflejo Rojo	NoAplica	Convert Test	NoAplica		
Tacto Rectal	☐	Tacto Vaginal	☐	Examen Testicular	☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	Z321 - EMBARAZO CONFIRMADO	Presuntivo
☐	O200 - AMENAZA DE ABORTO	Presuntivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Plan De Manejo

DESCARTAR AMENAZA DE ABORTO, INICIAR CONTROL PRENATAL

Recomendaciones y asesorías educativas

Imprime

Fecha De Impresion 19/07/2023 16:39

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	17	Fecha:	17/01/2023 09:27:36 a.m.
Registrado por:	72017042 DAIRO JOSE MIRANDA ONORO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

- [ ] 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.
- [ ] 2. Evite el estrés.
- [ ] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [ ] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [ ] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [ ] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Ninguno	Tipo De Control	Ninguno	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad
881432 - ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL		1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología

Médico:	MIRANDA OÑORO DAIRO JOSE
T.P.:	3131
Tipo:	Medico_General

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	18	Fecha:	19/01/2023 08:35:46 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de **Acompañante**	HCPrenatal	**Origen de la consulta:**	PyP		
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Otra	**Finalidad de la consulta:**	Deteccion_Alteracion_Embarazo
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

CITA A INICIO DE CONTROL PRENATAL

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EAD G 3 P0 C 2 ACUDE PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL, MANIFIESTA FUM: 22/11/2022 . PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA REALIZADA EL DIA 12/01/2022ACTUALMENTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 8 SEM 2 DIAS . EMBARAZO NO PROGRAMADO. PACIENTE MANIFIESTA ANTECEDENTE DE POMEROY SEP/2021. EMBARAZO ACEPTADO . CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA. SE DA ASESORIA SOBRE IVE PACIENTE MANIFIESTA QUE DESEA CONTINUAR CON SU EMBARAZO. MANIFIETA CEFALEA, ARDOR EN REGION EPIGASTIRO, FLUJO VAGINAL .

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Gestación		
Numero de Semanas Ingreso	8	Trimestre Ingreso	Primer_Trimestre
Causa Ingreso Tardio			
Cabeza	No Refiere		
Cuello	No Refiere		
Órganos de los sentidos	No Refiere		
Tórax	No Refiere		
Gastrointestinal	No Refiere		
Genitourinario	No Refiere		
Extremidades	No Refiere		
Neurológico y Mental	No Refiere		
Cardiovascular	No Refiere		
Piel y faneras	No Refiere		
Cambios en el Peso	No Refiere		
Mareos	No Refiere		
Nauseas	No Refiere		
Vomito	No Refiere		
Epigastralgia	No Refiere		
Cefalea	No Refiere		
Ttnos Visuales	No Refiere		
Tinitus	No Refiere		
Estres	No Refiere		
Depresion	No Refiere		
Estreñimiento	No Refiere		
Movimientos Fetales	No Refiere		
Actividad Uterina	No Refiere		
Perdidas vaginales	No Refiere		
Edemas	No Refiere		
Sintomatico respiratorio	No Refiere		
Otro	No Refiere		

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	18	Fecha:	19/01/2023 08:35:46 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Fecha: Nombre: Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	DM1	☐	DM2	☐
Diabetes Gestacional	☐	Tuberculosis	☐	Hemoglobinopatias	☐
Cardiopatias	☐	Autoinmunes	☐	Epilepsia	☐
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No			Desnutrición	☐
Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica			Tabaquisto	☐
Eclampsia Ultimo Embarazo	No			Alcoholismo	☐
Asma	☐	Psiquiatrico	☐	Obesidad Mórbida	☐
Nefropatia	☐	Cx Pelvico Uterina	☐	Ectopicos	☐
Sífilis Gestacional	☐				
Hipotiroidismo Congenito	☐				
Otros	☐	Cual			
Farmacológicos					
Cirugias Tracto Reproductivo	☐				
ITS	☐	Cual	No_aplica		
Otros					
Traumáticos					
Transfucionales					
Ocupacionales					

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16					Num. Compañeros sexuales:	1				
G	2	P	0	A	0	C	2	M	0	E	0	V	0
FUR	22/11/2022	FPP	29/08/2023	FUP	25/07/2016	Periodo Interginesico	No_Aplica				
Planifica	☐	Metodo	Implante_Subdérmico			Complicación					
Tiempo De Uso						Cuales					
Menarquia		Ciclos	8	X		Flujo Vaginal	☐	Retención Placenta	☐		
Hijo Nacido Muerto Despues 1 Semana	☐					Cantidad					
Causa Muerte											

Incom. Sanguinea	☐	RPM	☐	RCIU	☐
Oligohidramnios	☐	Ttos. Infertilidad	☐	Gemelar	☐

Hijos con Malformaciones	☐	Cantidad	
Hijos Prematuros	☐	Cantidad	
Hijos Menor 2500 gr	☐	Cantidad	
Hijos Mayor 2500 gr	☐	Cantidad	
Hijo Nacido Muerto en 1 Semana	☐	Causa	
Amenaza de Aborto	☐	Causa	
RN Ictericia	☐		
Otros			

EXAMEN FISICO

TA	120 / 80	FC	78	FR	18	Temperatura	36,00	Peso al iniciar el embarazo	66,0	Kg	
Peso	68,0 Kg	Talla	1,5 m	IMC	29,43	Frecuencia Cardiaca Fetal	0	OI	0 / 0		
Resultado Agudeza Visual								OD	0 / 0		

Impresion General	☐	BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRIL
Cabeza/Cuello	☐	NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS
ORL	☐	NORMAL
Cardiopulmonar	☐	PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS, RS C S RITMICOS, SIN SOPLOS NI RUIDOS AGREGADOS
Mamas	☐	SIMETRICAS NORMAL
Abdomen	☐	BLANDO, NO VISCEROMEGALIAS

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	18	Fecha:	19/01/2023 08:35:46 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Altura Uterina	-		
Movimientos Fetales	-		
Presentación Fetal	-		
Genitourinario	☐ GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO SANO		
Osteomuscular	☐ NORMAL		
Extremidades	☐ SIMETRICAS, SIN EDEMA		
Piel y Faneras	☐ NORMAL		
Neurológico	☐ NORMAL		
Tacto Rectal	☐ --	Acepta	☐
Tacto Vaginal	☐ --	Acepta	☐
Pelvimetria			
Actividad Uterina			

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Codigo	Nombre	Tipo	Clase
☑	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Presuntivo	Confirmado_Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Recomendaciones ☐

Interconsulta Obstetricia, Odontologia

PACIENTE DE 34 AÑOS DSE EDAD G 3 C 2 ANTECEDENTE DE POMERY , CURSA ACTUALMENTE CON EMBARZO DE 8 SEM 2 DIAS POR FUM . SE INDICA REALIZAR PARACLINIKCOS DEL CONTROL PRENATAL, SE INCIA ACIDO FOLICO, HIERRO ORAL . SE DAN RECOMENDACIONES Y SINGOS DE ALARMA CONSULTAR SI PRESENTA SANGRADO VAGINAL .

Recomendaciones y asesorías educativas

- ☐ 1. Asistencia cumplida a los controles prenatales
- ☐ 2. Asistencia a salud oral
- ☐ 3. Asistencia a vacunación con carnet de vacunas
- ☐ 4. Asistencia a curso psicoprofilactico
- ☐ 5. Fomentar la presencia del compañero o padre del niño en cada control prenatal
- ☐ 6. Llevar una alimentacion balanceada y a las horas indicadas
- ☐ 7. Repos absoluto/relativo
- ☐ 8. Consultar de inmediato sí: Sangrado vaginal y/o dolor abdominal
- ☐ 9. Consultar de inmediato sí: Actividad uterina, ausencia de movimientos fetales, salida de sangre o algun otro liquido por vagina, dolor de cabeza, pitos en los oidos, vision
- ☐ 10. Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o despues de las
- ☐ 11. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementacion de forma rutinaria
- ☐ 12. Se recomienda administrar la vacuna contra la fiebre amarilla solo si se va a viajar a areas endemicas
- ☐ 13. Orientacion sobre parto institucional
- ☐ 14. Orientacion sobre lactancia materna y alimentacion complementaria
- ☐ 15. Orientacion sobre planificacion familiar

Otras Recomendaciones

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad
902208 - HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO		1
903841 - GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		1
906127 - Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		1
906129 - Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		1

Imprime **Fecha De Impresion** 19/07/2023 16:40

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	18	Fecha:	19/01/2023 08:35:46 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

906241 - Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	1
906243 - Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	1
901107 - COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	1
901304 - EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	1
906317 - Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	1
906249 - Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	1
906039 - Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	1
907106 - UROANÁLISIS	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
B03AA0711161 - HIERRO SULFATO X 300 MG TABLETA	30	Oral	TOMA UNA TAB DIARIA
B03BB010011 - FOLICO ACIDO X 1 MG TABLETA	30	Oral	TOMA UNA TAB DIARIA

Médico: MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.: 3158
Tipo: Medico_General

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	19	Fecha:	20/02/2023 09:23:09 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de **Acompañante**	HCPrenatal	**Origen de la consulta:**	PyP		
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Otra	**Finalidad de la consulta:**	Deteccion_Alteracion_Embarazo
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

consulta grupal con la familia

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EAD G 3 P0 C 2 ACUDE PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL, MANIFIESTA FUM: 22/11/2022 . PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA REALIZADA EL DIA 12/01/2022ACTUALMENTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 12 SEM 2 DIAS POR BIOMETRIA (ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 30/01/2023 EMBARAZO DE 9 SEM 2 DIAS) FPP 02/09/2023 EMBARAZO NO PROGRAMADO. PACIENTE MANIFIESTA ANTECEDENTE DE POMEROY SEP/2021. EMBARAZO ACEPTADO . CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA. SE DA ASESORIA SOBRE IVE PACIENTE MANIFIESTA QUE DESEA CONTINUAR CON SU EMBARAZO. MANIFIESTA MUCHA GASTRITIS , NAUSEAS, SENSACION DE MALESTAR Y DOLOR DE CABEZA DIARIO. ARDOR EN REGION EPIGASTRIO ACUDE CON REPORTE DE PARACLINICOS SOLICITADOS:25/02/2023RUBEOLA IG M NEGATIVO RUBEOLA IG G POSITIVOHEMOGLOBINA 11.1 HTO 34.4 R. DE LEUCOCITOS 6930 R. DE PLAQUETAS 284000PRUEBA TREPONEMICA NEGATIAVA HEPATITIS B NEGATIVOHIV NO REACTIVO TOXO I G G POPSITIVOTOXO IG M NEGATIVO PARCIAL DE ORINA LEUCOCITOS 16-18 XC BACTERIAS +++ NITRITOS POSITIVO GLICEMIA EN AYUNAS 79 MG/DLECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL : EMBARAZO INTRAUTERINO DE 9 SEM 2 DIA POR LCC CON EMBRION UNICO VIVO . (NO ACORDE CON FUM)

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno		
Numero de Semanas Ingreso	12	Trimestre Ingreso	Primer_Trimestre
Causa Ingreso Tardio			

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Cambios en el Peso	No Refiere
Mareos	No Refiere
Nauseas	No Refiere
Vomito	No Refiere
Epigastralgia	No Refiere
Cefalea	No Refiere
Ttnos Visuales	No Refiere
Tinitus	No Refiere
Estres	No Refiere
Depresion	No Refiere
Estreñimiento	No Refiere
Movimientos Fetales	No Refiere
Actividad Uterina	No Refiere
Perdidas vaginales	No Refiere
Edemas	No Refiere

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	19	Fecha:	20/02/2023 09:23:09 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Sintomatico respiratorio: No Refiere
Otro: No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	DM1	☐	DM2	☐
Diabetes Gestacional	☐	Tuberculosis	☐	Hemoglobinopatias	☐
Cardiopatias	☐	Autoinmunes	☐	Epilepsia	☐
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No			Desnutrición	☐
Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica			Tabaquisto	☐
Eclampsia Ultimo Embarazo	No			Alcoholismo	☐
Asma	☐	Psiquiatrico	☐	Obesidad Mórbida	☐
Nefropatia	☐	Cx Pelvico Uterina	☐	Ectopicos	☐
Sífilis Gestacional	☐				
Hipotiroidismo Congenito	☐				
Otros	☐	Cual			
Farmacológicos					
Cirugias Tracto Reproductivo	☐				
ITS	☐	Cual	No_aplica		
Otros					
Traumáticos					
Transfucionales					
Ocupacionales					

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16					Num. Compañeros sexuales:	1				
G	2	P	0	A	0	C	2	M	0	E	0	V	0
FUR		FPP		FUP				Periodo Interginesico	No_Aplica		
Planifica	☐	Metodo	Implante_Subdérmico					Complicación			
Tiempo De Uso								Cuales			
Menarquia		Ciclos	8	X				Flujo Vaginal	☐	Retención Placenta	☐
Hijo Nacido Muerto Despues 1 Semana	☐							Cantidad			
Causa Muerte											
Incom. Sanguinea	☐					RPM	☐			RCIU	☐
Oligohidramnios	☐					Ttos. Infertilidad	☐			Gemelar	☐

Hijos con Malformaciones	☐	Cantidad
Hijos Prematuros	☐	Cantidad
Hijos Menor 2500 gr	☐	Cantidad
Hijos Mayor 2500 gr	☐	Cantidad
Hijo Nacido Muerto en 1 Semana	☐	Causa
Amenaza de Aborto	☐	Causa
RN Ictericia	☐	
Otros		

EXAMEN FISICO

TA	110 / 70	FC	70	FR	18	Temperatura	36,00	Peso al iniciar el embarazo	,0	Kg	
Peso	68,5 Kg	Talla	1,5 m	IMC	29,65	Frecuencia Cardiaca Fetal	0	OI	0 / 0		
Resultado Agudeza Visual								OD	0 / 0		

Impresion General	☐	BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRIL
Cabeza/Cuello	☐	NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPAT IAS

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	19	Fecha:	20/02/2023 09:23:09 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

ORL	☐	NORTMA L	
Cardiopulmonar	☐	PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS, RS CS RITMCIOS, SIN SOPLOS NI RUIDOS AGREGADOS	
Mamas	☐	SIMETRICAS,	
Abdomen	☐	BLANDO, NO VISCEROMEGALIS	
Altura Uterina			
Movimientos Fetales			
Presentación Fetal			
Genitourinario	☐	GENITALES FEMENINOS NORMCONFIGURADOS	
Osteomuscular	☐	NORMAL	
Extremidades	☐	SIMETRICAS, SIN EDEMA	
Piel y Faneras	☐	NORMAL	
Neurológico	☐	NORMAL	
Tacto Rectal	☐		Acepta ☐
Tacto Vaginal	☐		Acepta ☐
Pelvimetria			
Actividad Uterina			

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Codigo	Nombre	Tipo	Clase
☑	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Presuntivo	Confirmado_Repetido
☐	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Presuntivo	Confirmado_Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Recomendaciones ☐

Interconsulta

PACIENTE DE 34 AÑOS CURSA EN LA ACTUALIDAD CON EMBARAZO DE 12 SEM 2 DIA POR BIOMETRIA ACTUAL, TRAE D REPDORTE DE PARACLINICOS PARCIAL DE ORINA PATOLOGICO SE SOLICITAQ REALIZAR UROCULTIVO, SE INDICA VITAMINA C, SE ORDENA CITA CON GINECOLOGIA PARA SOLICITUD E ECO DE TAMIZAJE GENETICO , SE CONTINUA CON HIERRO ORAL , ACIDO FOLICO RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA CITA CONTROL CON REPDORTE DE UROCULTIVO , SE INICIA TTO CON AMPICILINA TAB . HASTA REPORTE DE UROCULTIVO

Recomendaciones y asesorías educativas

- ☐ 1. Asistencia cumplida a los controles prenatales
- ☐ 2. Asistencia a salud oral
- ☐ 3. Asistencia a vacunación con carnet de vacunas
- ☐ 4. Asistencia a curso psicoprofilactico
- ☐ 5. Fomentar la presencia del compañero o padre del niño en cada control prenatal
- ☐ 6. Llevar una alimentacion balanceada y a las horas indicadas
- ☐ 7. Repos absoluto/relativo
- ☐ 8. Consultar de inmediato sí: Sangrado vaginal y/o dolor abdominal
- ☐ 9. Consultar de inmediato sí: Actividad uterina, ausencia de movimientos fetales, salida de sangre o algun otro liquido por vagina, dolor de cabeza, pitos en los oidos, vision
- ☐ 10. Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o despues de las
- ☐ 11. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementacion de forma rutinaria
- ☐ 12. Se recomienda administrar la vacuna contra la fiebre amarilla solo si se va a viajar a areas endemicas
- ☐ 13. Orientacion sobre parto institucional
- ☐ 14. Orientacion sobre lactancia materna y alimentacion complementaria
- ☐ 15. Orientacion sobre planificacion familiar

Otras Recomendaciones

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad

Imprime **Fecha De Impresion** 19/07/2023 16:40

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	19	Fecha:	20/02/2023 09:23:09 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

890250 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	GINECOLOGIA(EXTERNA)	1
901236 - UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)		1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
A11GA01011 - ASCORBICO ACIDO X 500 MG TABLETA	20	Oral	TOMA UNA TAB DIARIA
J01CA01142 - AMPICILINA X 500 MG CAPSULA	20	Oral	TOMA UNA TAB DIARIA
B03BB010011 - FOLICO ACIDO X 1 MG TABLETA	30	Oral	TOMA UNA TAB DIARIA
B03AA0711161 - HIERRO SULFATO X 300 MG TABLETA	30	Oral	TOMA UNA TAB DIARIA

Médico: MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.: 3158
Tipo: Medico_General

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	20	Fecha:	21/03/2023 09:46:31 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de **Acompañante**	HCPrenatal	**Origen de la consulta:**	PyP		
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Otra	**Finalidad de la consulta:**	Deteccion_Alteracion_Embarazo
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

consulta grupal con la familia

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EAD G 3 P0 C 2 ACUDE PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL, MANIFIESTA FUM: 22/11/2022 . PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA REALIZADA EL DIA 12/01/2022ACTUALMENTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 16 SEM 6 DIAS POR BIOMETRIA (ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 30/01/2023 EMBARAZO DE 9 SEM 2 DIAS) FPP 02/09/2023 EMBARAZO NO PROGRAMADO. PACIENTE MANIFIESTA ANTECEDENTE DE POMEROY SEP/2021. EMBARAZO ACEPTADO . CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA. SE DA ASESORIA SOBRE IVE PACIENTE MANIFIESTA QUE DESEA CONTINUAR CON SU EMBARAZO. MANIFIESTA MUCHA GASTRITIS , NAUSEAS, SENSACION DE MALESTAR Y DOLOR DE CABEZA DIARIO. ARDOR EN REGION EPIGASTRIO ACUDE CON REPORTE DE PARACLINICOS SOLICITADOS:25/02/2023RUBEOLA IG M NEGATIVO RUBEOLA IG G POSITIVOHEMOGLOBINA 11.1 HTO 34.4 R. DE LEUCOCITOS 6930 R. DE PLAQUETAS 284000PRUEBA TREPONEMICA NEGATIAVA HEPATITIS B NEGATIVOHIV NO REACTIVO TOXO I G G POPSITIVOTOXO IG M NEGATIVO PARCIAL DE ORINA LEUCOCITOS 16-18 XC BACTERIAS +++ NITRITOS POSITIVO GLICEMIA EN AYUNAS 79 MG/DLECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL : EMBARAZO INTRAUTERINO DE 9 SEM 2 DIA POR LCC CON EMBRION UNICO VIVO . (NO ACORDE CON FUM)ECOGRAFIA DE TAMIZAJE GENETICO 27/02/2023EMBRAZO INTRAUTERINO DE 13 SEM 5 DIAS CON FETO UNICO VIVO NO SE OBSERVAN MARCADORES ECOGRAICOS DE ALTERACIONES CROMOSOMICAS, TAMIZAJE RIESGO BAJO PARA CROMOSOMOPATIAS.13/03/2023TSH 1.06 ULU/MLUROCULTIVO NEGATIVO PARCIAL DE ORINA CONTAMINADO CTOG : 78/116/128/100

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Gestación		
Numero de Semanas Ingreso	0	Trimestre Ingreso	Primer_Trimestre
Causa Ingreso Tardio			

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Cambios en el Peso	No Refiere
Mareos	No Refiere
Nauseas	No Refiere
Vomito	No Refiere
Epigastralgia	No Refiere
Cefalea	No Refiere
Ttnos Visuales	No Refiere
Tinitus	No Refiere
Estres	No Refiere
Depresion	No Refiere
Estreñimiento	No Refiere
Movimientos Fetales	No Refiere

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	20	Fecha:	21/03/2023 09:46:31 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Actividad Uterina	No Refiere
Perdidas vaginales	No Refiere
Edemas	No Refiere
Sintomatico respiratorio	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	DM1	☐	DM2	☐
Diabetes Gestacional	☐	Tuberculosis	☐	Hemoglobinopatias	☐
Cardiopatias	☐	Autoinmunes	☐	Epilepsia	☐
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No			Desnutrición	☐
Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica			Tabaquisto	☐
Eclampsia Ultimo Embarazo	No			Alcoholismo	☐
Asma	☐	Psiquiatrico	☐	Obesidad Mórbida	☐
Nefropatia	☐	Cx Pelvico Uterina	☐	Ectopicos	☐
Sífilis Gestacional	☐				
Hipotiroidismo Congenito	☐				
Otros	☐	Cual			
Farmacológicos					
Cirugias Tracto Reproductivo	☐				
ITS	☐	Cual	No_aplica		
Otros					
Traumáticos					
Transfucionales					
Ocupacionales					

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16					Num. Compañeros sexuales:	1				
G	2	P	0	A	0	C	2	M	0	E	0	V	0
FUR		FPP		FUP		Periodo Interginesico	No_Aplica				
Planifica	☐	Metodo	Implante_Subdérmico			Complicación					
Tiempo De Uso						Cuales					
Menarquia		Ciclos	8	X		Flujo Vaginal	☐	Retención Placenta	☐		
Hijo Nacido Muerto Despues 1 Semana	☐					Cantidad					
Causa Muerte											
Incom. Sanguinea	☐			RPM	☐			RCIU	☐		
Oligohidramnios	☐			Ttos. Infertilidad	☐			Gemelar	☐		

Hijos con Malformaciones	☐	Cantidad	
Hijos Prematuros	☐	Cantidad	
Hijos Menor 2500 gr	☐	Cantidad	
Hijos Mayor 2500 gr	☐	Cantidad	
Hijo Nacido Muerto en 1 Semana	☐	Causa	
Amenaza de Aborto	☐	Causa	
RN Ictericia	☐		
Otros			

EXAMEN FISICO

TA	110 / 70	FC	82	FR	17	Temperatura	36,00	Peso al iniciar el embarazo	,0	Kg	
Peso	70,0 Kg	Talla	1,5 m	IMC	30,30	Frecuencia Cardiaca Fetal	0	OI	0 / 0		

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	20	Fecha:	21/03/2023 09:46:31 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Resultado Agudeza Visual — OD 0 / 0

Impresion General	☐	BUEN ESTADO GENRAL
Cabeza/Cuello	☐	NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS
ORL	☐	NORMAL
Cardiopulmonar	☐	PULMONES CLAROS, BIEN VENTIALDOS, RS CS RITMICOS, SIN SOPLOS NI RUIDOS AGREGADOS
Mamas	☐	NORMAL
Abdomen	☐	BLANDO, NO VISCEROMEGALIAS
Altura Uterina		
Movimientos Fetales		
Presentación Fetal		
Genitourinario	☐	GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS
Osteomuscular	☐	NORMAL
Extremidades	☐	SIMETRICAS, SIN EDEMA
Piel y Faneras	☐	NORMAL
Neurológico	☐	NORMAL
Tacto Rectal	☐	--
Tacto Vaginal	☐	
Pelvimetria		
Actividad Uterina		

Acepta ☐

Acepta ☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Codigo	Nombre	Tipo	Clase
☑	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Presuntivo	Confirmado_Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Recomendaciones ☐

Interconsulta

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G 3 C 2 CURSA CON EMBARAO DE 16 SEM 6 DIAS ACTUALMENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, PARACLINICOS EN RANGO NROMAL , NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA PERDIDAS VAGINALES. , HUELLA SEROLOGIA TOXO . ARO POR CESAREA ANTERIOR II . SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SE CONTINUA CON MICRONUTRIENTES. DIETA EJERCICIO CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA SANGRADO VAGINAL, DOLOR DE CABEZA, VISION BORROSA, ARDOR URINARIO, FIEBRE, ESCALOFRIO. SE CITA CONTROL EN UN MES . PACIENTE TOMA GESTAVIT

Recomendaciones y asesorías educativas

- ☑ 1. Asistencia cumplida a los controles prenatales
- ☐ 2. Asistencia a salud oral
- ☐ 3. Asistencia a vacunación con carnet de vacunas
- ☐ 4. Asistencia a curso psicoprofilactico
- ☐ 5. Fomentar la presencia del compañero o padre del niño en cada control prenatal
- ☐ 6. Llevar una alimentacion balanceada y a las horas indicadas
- ☐ 7. Repos absoluto/relativo
- ☐ 8. Consultar de inmediato sí: Sangrado vaginal y/o dolor abdominal
- ☐ 9. Consultar de inmediato sí: Actividad uterina, ausencia de movimientos fetales, salida de sangre o algun otro liquido por vagina, dolor de cabeza, pitos en los oidos, vision
- ☐ 10. Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o despues de las
- ☐ 11. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementacion de forma rutinaria
- ☐ 12. Se recomienda administrar la vacuna contra la fiebre amarilla solo si se va a viajar a areas endemicas
- ☐ 13. Orientacion sobre parto institucional
- ☐ 14. Orientacion sobre lactancia materna y alimentacion complementaria
- ☐ 15. Orientacion sobre planificacion familiar

Otras Recomendaciones

SE REMITE CON PSICOLOGIA , NUTRICION

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	20	Fecha:	21/03/2023 09:46:31 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad
890208 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	PSICOLOGIA (EXTERNA)	1
890206 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	NUTRICION CLINICA (EXTERNA)	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
A11GA01011 - ASCORBICO ACIDO X 500 MG TABLETA	15	Oral	TOMA UNA TAB DIARIA
G01AC010511 - CLOTRIMAZOL AL 1% CREMA VAGINAL	1	Vaginal	APLICACION VAGINAL

Médico: MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.: 3158
Tipo: Medico_General

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	21	Fecha:	21/04/2023 09:16:26 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de **Acompañante**	HCPrenatal	**Origen de la consulta:**	PyP		
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Otra	**Finalidad de la consulta:**	Deteccion_Alteracion_Embarazo
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

consulta grupal con la familia

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EAD G 3 P0 C 2 ACUDE PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL, MANIFIESTA FUM: 22/11/2022 . PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA REALIZADA EL DIA 12/01/2022ACTUALMENTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 22 SEM 6 DIAS POR BIOMETRIA (ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 30/01/2023 EMBARAZO DE 9 SEM 2 DIAS) FPP 02/09/2023 EMBARAZO NO PROGRAMADO. PACIENTE MANIFIESTA ANTECEDENTE DE POMEROY SEP/2021. EMBARAZO ACEPTADO . CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA. SE DA ASESORIA SOBRE IVE PACIENTE MANIFIESTA QUE DESEA CONTINUAR CON SU EMBARAZO. MANIFIESTA PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES, NEIGA PERDIADAS VAGINALES, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO , NIEGA SINTOMAS URINARIOS PARACLINICOS CONTROL PRENATAL:25/02/2023RUBEOLA IG M NEGATIVO RUBEOLA IG G POSITIVOHEMOGLOBINA 11.1 HTO 34.4 R. DE LEUCOCITOS 6930 R. DE PLAQUETAS 284000PRUEBA TREPONEMICA NEGATIAVA HEPATITIS B NEGATIVOHIV NO REACTIVO TOXO I G G POPSITIVOTOXO IG M NEGATIVO PARCIAL DE ORINA LEUCOCITOS 16-18 XC BACTERIAS +++ NITRITOS POSITIVO GLICEMIA EN AYUNAS 79 MG/DLECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL : EMBARAZO INTRAUTERINO DE 9 SEM 2 DIA POR LCC CON EMBRION UNICO VIVO . (NO ACORDE CON FUM)ECOGRAFIA DE TAMIZAJE GENETICO 27/02/2023EMBRAZO INTRAUTERINO DE 13 SEM 5 DIAS CON FETO UNICO VIVO NO SE OBSERVAN MARCADORES ECOGRAICOS DE ALTERACIONES CROMOSOMICAS, TAMIZAJE RIESGO BAJO PARA CROMOSOMOPATIAS.13/03/2023TSH 1.06 ULU/MLUROCULTIVO NEGATIVO PARCIAL DE ORINA CONTAMINADO CTOG : 78/116/128/10013/03/2023CTOG : 78/116/128/10013/03/2023PARCIAL DE ORINA NO PATOLOGICO UROCULTIVO : NO SE AISLO GERMEN TSH 1.06

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Gestación		
Numero de Semanas Ingreso	10	Trimestre Ingreso	Primer_Trimestre
Causa Ingreso Tardio			
Cabeza	No Refiere		
Cuello	No Refiere		
Órganos de los sentidos	No Refiere		
Tórax	No Refiere		
Gastrointestinal	No Refiere		
Genitourinario	No Refiere		
Extremidades	No Refiere		
Neurológico y Mental	No Refiere		
Cardiovascular	No Refiere		
Piel y faneras	No Refiere		
Cambios en el Peso	No Refiere		
Mareos	No Refiere		
Nauseas	No Refiere		
Vomito	No Refiere		
Epigastralgia	No Refiere		
Cefalea	No Refiere		
Ttnos Visuales	No Refiere		
Tinitus	No Refiere		
Estres	No Refiere		
Depresion	No Refiere		
Estreñimiento	No Refiere		

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	21	Fecha:	21/04/2023 09:16:26 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Movimientos Fetales	No Refiere
Actividad Uterina	No Refiere
Perdidas vaginales	No Refiere
Edemas	No Refiere
Sintomatico respiratorio	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	DM1	☐	DM2	☐
Diabetes Gestacional	☐	Tuberculosis	☐	Hemoglobinopatias	☐
Cardiopatias	☐	Autoinmunes	☐	Epilepsia	☐
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No			Desnutrición	☐
Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica			Tabaquisto	☐
Eclampsia Ultimo Embarazo	No			Alcoholismo	☐
Asma	☐	Psiquiatrico	☐	Obesidad Mórbida	☐
Nefropatia	☐	Cx Pelvico Uterina	☐	Ectopicos	☐
Sífilis Gestacional	☐				
Hipotiroidismo Congenito	☐				
Otros	☐	Cual			
Farmacológicos					
Cirugias Tracto Reproductivo	☐				
ITS	☐	Cual	No_aplica		
Otros					
Traumáticos					
Transfucionales					
Ocupacionales					

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16						Num. Compañeros sexuales:	1			
G	2	P	0	A	0	C	2	M	0	E	0	V	0
FUR		FPP		FUP				Periodo Interginesico	No_Aplica		
Planifica	☐	Metodo	Implante_Subdérmico					Complicación			
Tiempo De Uso								Cuales			
Menarquia		Ciclos	8	X				Flujo Vaginal	☐	Retención Placenta	☐
Hijo Nacido Muerto Despues 1 Semana	☐							Cantidad			
Causa Muerte											

Incom. Sanguinea	☐	RPM	☐	RCIU	☐
Oligohidramnios	☐	Ttos. Infertilidad	☐	Gemelar	☐

Hijos con Malformaciones	☐	Cantidad
Hijos Prematuros	☐	Cantidad
Hijos Menor 2500 gr	☐	Cantidad
Hijos Mayor 2500 gr	☐	Cantidad
Hijo Nacido Muerto en 1 Semana	☐	Causa
Amenaza de Aborto	☐	Causa
RN Ictericia	☐	
Otros		

EXAMEN FISICO

TA	110 / 70	FC	72	FR	17	Temperatura	36,00	Peso al iniciar el embarazo	68,0 Kg

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 7999 **Registro No.:** 21 Fecha: 21/04/2023 09:16:26 a.m.

Registrado por: 32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA

Documento: 1093746652 **Tipo de Identificación:** Cédula_Ciudadanía Edad: 34 Años \ 10 Meses \ 12 Días

Nombres: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ

Ciudad: AGUACHICA (CESAR)

Peso 72,0 Kg Talla 1,5 m IMC 31,16 Frecuencia Cardiaca Fetal 148 OI 0 / 0

Resultado Agudeza Visual OD 0 / 0

Impresion General	☐	BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRIL
Cabeza/Cuello	☐	NORMOCEFFALO, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS
ORL	☐	NORMAL
Cardiopulmonar	☐	PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS, RS C S RITMICOS, SIN SOPLOS NI RUIDOS AGREADOS
Mamas	☐	NORMAL
Abdomen	☐	GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU: 22 CM FCF: 148 LAT/ MIN
Altura Uterina		22 CM
Movimientos Fetales		PRESETNES
Presentación Fetal		
Genitourinario	☐	GENITALES FEMENINOS NORMOCONFIGURADOS, NO SE TACTA
Osteomuscular	☐	NORMAL
Extremidades	☐	SIMETRICAS, SIN EDEMA
Piel y Faneras	☐	NORMAL
Neurológico	☐	NORMAL
Tacto Rectal	☐	--
Tacto Vaginal	☐	
Pelvimetria		
Actividad Uterina		

Acepta ☐

Acepta ☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Codigo	Nombre	Tipo	Clase
☑	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Presuntivo	Confirmado_Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Recomendaciones ☐

Interconsulta Obstetricia

PACIENTE CURSA EN LA ACTUALIDAD CON EMBARAZO DE 22 SEM 6 DIAS , BUEN ESTADO GENERAL, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA , VIGILANCIA DE MOV. FETALES CONSULTAR SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA , VISION BORROSA, SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES SANGRADO VAGINAL. SE INDICA CONTINUAL CON SUPLEMENTO VITAMINICO, CONTROL EN UN MES.

Recomendaciones y asesorías educativas

- ☐ 1. Asistencia cumplida a los controles prenatales
- ☐ 2. Asistencia a salud oral
- ☐ 3. Asistencia a vacunación con carnet de vacunas
- ☐ 4. Asistencia a curso psicoprofilactico
- ☐ 5. Fomentar la presencia del compañero o padre del niño en cada control prenatal
- ☐ 6. Llevar una alimentacion balanceada y a las horas indicadas
- ☐ 7. Repos absoluto/relativo
- ☐ 8. Consultar de inmediato sí: Sangrado vaginal y/o dolor abdominal
- ☐ 9. Consultar de inmediato sí: Actividad uterina, ausencia de movimientos fetales, salida de sangre o algun otro liquido por vagina, dolor de cabeza, pitos en los oidos, vision
- ☐ 10. Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o despues de las
- ☐ 11. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementacion de forma rutinaria
- ☐ 12. Se recomienda administrar la vacuna contra la fiebre amarilla solo si se va a viajar a areas endemicas
- ☐ 13. Orientacion sobre parto institucional
- ☐ 14. Orientacion sobre lactancia materna y alimentacion complementaria
- ☐ 15. Orientacion sobre planificacion familiar

Otras Recomendaciones

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	21	Fecha:	21/04/2023 09:16:26 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
A11GA01011 - ASCORBICO ACIDO X 500 MG TABLETA	15	Oral	TOMA UNA TAB DIARIA
B03AA0711161 - HIERRO SULFATO X 300 MG TABLETA	30	Oral	TOMA UNA TAB DIARIA

Médico: MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.: 3158
Tipo: Medico_General

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	23	Fecha:	22/06/2023 09:50:26 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de **Acompañante**	HCPrenatal	**Origen de la consulta:**	PyP		
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Otra	**Finalidad de la consulta:**	Deteccion_Alteracion_Embarazo
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

consulta grupal con la familia

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EAD G 3 P0 C 2 ACUDE PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL, MANIFIESTA FUM: 22/11/2022 . PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA REALIZADA EL DIA 12/01/2022ACTUALMENTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 30 SEM 5 DIAS POR BIOMETRIA (ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 30/01/2023 EMBARAZO DE 9 SEM 2 DIAS) FPP 02/09/2023 MANIFIESTA PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES, NEIGA PERDIADAS VAGINALES, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO , NIEGA SINTOMAS URINARIOS . MANIFIESTA SENSACION DE PRESION EN HIPOGASTRIO. PARACLINICOS CONTROL PRENATAL:25/02/2023RUBEOLA IG M NEGATIVO RUBEOLA IG G POSITIVOHEMOGLOBINA 11.1 HTO 34.4 R. DE LEUCOCITOS 6930 R. DE PLAQUETAS 284000PRUEBA TREPONEMICA NEGATIAVA HEPATITIS B NEGATIVOHIV NO REACTIVO TOXO I G G POPSITIVOTOXO IG M NEGATIVO PARCIAL DE ORINA LEUCOCITOS 16-18 XC BACTERIAS +++ NITRITOS POSITIVO GLICEMIA EN AYUNAS 79 MG/DLECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL : EMBARAZO INTRAUTERINO DE 9 SEM 2 DIA POR LCC CON EMBRION UNICO VIVO . (NO ACORDE CON FUM)ECOGRAFIA DE TAMIZAJE GENETICO 27/02/2023EMBRAZO INTRAUTERINO DE 13 SEM 5 DIAS CON FETO UNICO VIVO NO SE OBSERVAN MARCADORES ECOGRAICOS DE ALTERACIONES CROMOSOMICAS, TAMIZAJE RIESGO BAJO PARA CROMOSOMOPATIAS.13/03/2023TSH 1.06 ULU/MLUROCULTIVO NEGATIVO PARCIAL DE ORINA CONTAMINADO CTOG : 78/116/128/10013/03/2023CTOG : 78/116/128/10013/03/2023PARCIAL DE ORINA NO PATOLOGICO UROCULTIVO : NO SE AISLO GERMEN TSH 1.06REPORTE ECOGRAFIA OBSTETRICA 20/05/23023 DETALLE ANATOMICO REALIZADA POR DR CVARLOS VARGAS. GESTACION DE 26 SEM 1 DIA POR BIOMETRIA. BINESTAR FETAL AL MOMENTO DEL EXAMEN . PESO FETAL ESTIMADO 885 GR P : 59,3%PLACENTA Y CORDON / ILA NORMAL LOCALIZACION COPRORAL POSTERIOR GRADO II CORDON : 3 VASOSPARACLINICOS 25/05/2023HEMOGLOGIMNA 9.6HTO 28,11R. DE LEUCOCITOS 7770NEUTROFILOS 71,4LINF 25.20MONOCITOS 3,40R, DE PLAQUETAS 296000PRUEBA TREPONEMICA NEGATIVO HIV NEGATIVOTOXO IG G NEGATIVO TOXO IG M NEGATIOVO GPT 17.52 25/05/2023FROTIS VAGINAL :GRAM : CONIDIAS, BLASTOCONIDIAS PSEUDOHIFAS CULTIVO OBSERVADO A LAS 24 H DE INCUBACION NEGATIVO GERMEN AILADO AL CULTIVO CANDICA ALBICANS PARCIAL DE ORINA LEUCOCITOS 43-45 XC BACTERIAS ++ CONIDIAS S PRESENTES BLASTOCONIDIAS PRESETNES PSEUDOMICILIOS PRESENTES GRAM BACILOS GRAM NEGATIVO UROCULTIVO POSITIVO GERMEN AISLADO ESCHERICHIA COLI . MUTISENSIBLE : AMPICILINA SULBACTAM, AMPICILINA, CEFALOTINA , CEFTRIAZONA CIPROFLOXACINA, ERTAPENEN, FOSFOMICINA , NIT ROFURAQNTOINA PIPERACILINA TAZOBACTAM GPT. 17.52 u/l

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno		
Numero de Semanas Ingreso	10	Trimestre Ingreso	Primer_Trimestre
Causa Ingreso Tardio			
Cabeza	No Refiere		
Cuello	No Refiere		
Órganos de los sentidos	No Refiere		
Tórax	No Refiere		
Gastrointestinal	No Refiere		
Genitourinario	No Refiere		
Extremidades	No Refiere		
Neurológico y Mental	No Refiere		
Cardiovascular	No Refiere		
Piel y faneras	No Refiere		
Cambios en el Peso	No Refiere		
Mareos	No Refiere		
Nauseas	No Refiere		
Vomito	No Refiere		
Epigastralgia	No Refiere		

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	23	Fecha:	22/06/2023 09:50:26 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Cefalea	No Refiere
Ttnos Visuales	No Refiere
Tinitus	No Refiere
Estres	No Refiere
Depresion	No Refiere
Estreñimiento	No Refiere
Movimientos Fetales	No Refiere
Actividad Uterina	No Refiere
Perdidas vaginales	No Refiere
Edemas	No Refiere
Sintomatico respiratorio	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	DM1	☐	DM2	☐
Diabetes Gestacional	☐	Tuberculosis	☐	Hemoglobinopatias	☐
Cardiopatias	☐	Autoinmunes	☐	Epilepsia	☐
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No			Desnutrición	☐
Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica			Tabaquisto	☐
Eclampsia Ultimo Embarazo	No			Alcoholismo	☐
Asma	☐	Psiquiatrico	☐	Obesidad Mórbida	☐
Nefropatia	☐	Cx Pelvico Uterina	☐	Ectopicos	☐
Sífilis Gestacional	☐				
Hipotiroidismo Congenito	☐				
Otros	☐	Cual			
Farmacológicos					
Cirugias Tracto Reproductivo	☐				
ITS	☐	Cual	No_aplica		
Otros	CESAREA (2) CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA .				
Traumáticos					
Transfucionales					
Ocupacionales					

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16					Num. Compañeros sexuales:	1				
G	2	P	0	A	0	C	2	M	0	E	0	V	0
FUR		FPP		FUP				Periodo Interginesico	No_Aplica		
Planifica	☐	Metodo	Implante_Subdérmico					Complicación			
Tiempo De Uso								Cuales			
Menarquia		Ciclos	8	X				Flujo Vaginal	☐	Retención Placenta	☐
Hijo Nacido Muerto Despues 1 Semana	☐							Cantidad			
Causa Muerte											

Incom. Sanguinea	☐	RPM	☐	RCIU	☐
Oligohidramnios	☐	Ttos. Infertilidad	☐	Gemelar	☐

Hijos con Malformaciones	☐	Cantidad
Hijos Prematuros	☐	Cantidad
Hijos Menor 2500 gr	☐	Cantidad
Hijos Mayor 2500 gr	☐	Cantidad

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	23	Fecha:	22/06/2023 09:50:26 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Hijo Nacido Muerto en 1 Semana ☐ Causa
Amenaza de Aborto ☐ Causa
RN Ictericia ☐
Otros

EXAMEN FISICO

TA 110 / 70 FC 80 FR 17 Temperatura 36,00 Peso al iniciar el embarazo ,0 Kg
Peso 75,0 Kg Talla 1,5 m IMC 32,46 Frecuencia Cardiaca Fetal 144 OI 0 / 0
Resultado Agudeza Visual OD 0 / 0

Impresion General	☐	BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRIL
Cabeza/Cuello	☐	NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS
ORL	☐	NORTMAL
Cardiopulmonar	☐	PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS, RS CS RITMICOS, SIN SOPLOS NI RUIDOS AGREGADOS
Mamas	☐	NORMAL
Abdomen	☐	GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, AU: 32 CM PRESENTACION CEFALICA, SITUACION LONGITUDINAL DORSO IZQUIERDO FCF: 140 LAT/ MIN
Altura Uterina		32 CM
Movimientos Fetales		PRESENTES
Presentación Fetal		CEFALICA,
Genitourinario	☐	GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS,
Osteomuscular	☐	NORMAL
Extremidades	☐	SIMETRICAS, NO EDEMA
Piel y Faneras	☐	NORMAL
Neurológico	☐	NORMAL
Tacto Rectal	☐	-- Acepta ☐
Tacto Vaginal	☐	SE OMITE Acepta ☐
Pelvimetria		
Actividad Uterina		

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Codigo	Nombre	Tipo	Clase
☑	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Presuntivo	Confirmado_Repetido
☐	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Presuntivo	Confirmado_Repetido
☐	N760	VAGINITIS AGUDA	Presuntivo	Confirmado_Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Recomendaciones ☐
Interconsulta Obstetricia

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EAD G 3 P0 C 2 CURSANDO CON EMBARAZO DE 30 SEM 5 DIAS POR ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 30/01/2023 EMBARAZO DE 9 SEM 2 DIAS) FPP 02/09/2023 MANIFIESTA PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES, NEIGA PERDIADAS VAGINALES, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO , NIEGA SINTOMAS URINARIOS . REPORTE DE PARCIAL DE ORINA Y UROCULTIVO POSITIVO SE INDICA TTO CON NITROFURANTOINA TAB 100 MG CADA 12 H VITAMINA C, SE INDICA TTO PARA VAGINOSIS CON CLOTRIMAZOL OVULOS . CONTROL EN UN MES SE RECOMIENDA VIGILANCIA DE MOVIMIENTOS FETALES, CONSULTAR SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA VISION BORROSA, DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES , ZUMBIDO POR 0IDOS PACIENTE MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPTA

Recomendaciones y asesorías educativas

- ☐ 1. Asistencia cumplida a los controles prenatales
- ☐ 2. Asistencia a salud oral
- ☐ 3. Asistencia a vacunación con carnet de vacunas
- ☐ 4. Asistencia a curso psicoprofilactico
- ☐ 5. Fomentar la presencia del compañero o padre del niño en cada control prenatal
- ☐ 6. Llevar una alimentacion balanceada y a las horas indicadas
- ☐ 7. Repos absoluto/relativo
- ☐ 8. Consultar de inmediato sí: Sangrado vaginal y/o dolor abdominal

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	23	Fecha:	22/06/2023 09:50:26 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

- ☐ 9. Consultar de inmediato sí: Actividad uterina, ausencia de movimientos fetales, salida de sangre o algun otro liquido por vagina, dolor de cabeza, pitos en los oidos, vision
- ☐ 10. Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o despues de las
- ☐ 11. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementacion de forma rutinaria
- ☐ 12. Se recomienda administrar la vacuna contra la fiebre amarilla solo si se va a viajar a areas endemicas
- ☐ 13. Orientacion sobre parto institucional
- ☐ 14. Orientacion sobre lactancia materna y alimentacion complementaria
- ☐ 15. Orientacion sobre planificacion familiar

Otras Recomendaciones

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
N05AC010501 - CLOTRIMAZOL X 100 MG TABLETA VAG	1	Vaginal	APLICAR UN OVULO CADA NOCHE
A11GA01011 - ASCORBICO ACIDO X 500 MG TABLETA	15	Oral	TOMA UNA TAB CADA DIA
J01XE010101 - NITROFURANTOINA X 100 MG CAPSULA	20	Topico	TOMA UNA TAB CADA 12 H

Médico: MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.: 3158
Tipo: Medico_General

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	15	Fecha:	22/11/2022 08:38:40 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

TIENE UNA VERRUGA EN EL DEDO INDICE Y LE DUELE Y LE HA CRECIDO

Enfermedad actual

PACIENTE QUIEN ACUDE A CONSULTA MANIFESTANDO QUE TIENE UNA VERRUGA EN EL DEDO INDICAE MANO DERECHA LA CUAL HA CRECIDO Y LE DUELE , MANIFIESTA QUE HA RECIBIDO TTO CON PODOFILINA, IMIK CREMA , SIN MEJORIA , REFIERE QUE LE LIMITA PARA ESCRIBIR POR DOLOR

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	15	Fecha:	22/11/2022 08:38:40 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Sífilis Gestacional	☐	Sin_dato
Hipotiroidismo	☐	Sin_dato
Farmacológicos		
Cirugias Tracto Reproductivo	☐	
Transfucionales		
Ocupacionales		
Otros	☐	Cual

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16	Num. Compañeros sexuales:	0
Masculino		Espermaquia	
Femenino			

G	P	A	C	M	E	V
2	0	0	2	0	0	0

FUR		FPP		FUP	
Periodo Interginesico	No_Aplica				
Planifica	☑	Metodo	No_Aplica	Cuales	
Tiempo De Uso				Complicación	
Menarquia		Ciclos	8	X	
Regulares	☐	Flujo Vaginal	☐		
Fecha última Citología		Razones de no aplicación			
Resultados BETHESDA	No_Aplica				

EXAMEN FISICO

TA	120 / 70	FC	78	FR	18	Temperatura	36,00
Perimetro Cefálico	,00						
Peso	69,00 Kg	Talla	1,52 m	IMC	29,87	Percentil Peso Edad	
Percentil Talla Edad							
Percentil Peso Talla		Circunferencia cintura	,00	Agudeza visual		OI	/
						OD	/

Impresion General	☐	BUEN ESTADO GENERAL
Cabeza/Cuello	☐	
ORL	☐	
Cardiopulmonar	☐	
Abdomen	☐	
Genitourinario	☐	
Osteomuscular	☐	
Piel y Faneras	☐	PRESENTA LESION VERRUGOSA EN DORSO DE DEDO INDICE DE MANO DERECHA.
Neurológico	☐	
Extremidades	☐	
Esfera mental	☐	
Taner	☐	
Signos de maltrato	☐	

Hernias	☐	Criptorquidia	☐	Agenesia	☐
Reflejo Rojo	NoAplica	Convert Test	NoAplica		
Tacto Rectal	☐	Tacto Vaginal	☐	Examen Testicular	☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	B07X - VERRUGAS VIRICAS	Definitivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Plan De Manejo

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EAD , QUIEN ACUDE A CONSULTA MANIFESTANDO QUE TIENE UNA VERRUGA EN EL DEDO INDICE MANO DERECHA LA CUAL HA CRECIDO Y LE DUELE , NO MEJORIA CON
TTO CON IMIQUIMOD CREMA , PODOFILINA. SE REMITE A VALORACION POR DERMATOLOGIA .

Recomendaciones y asesorías educativas

Imprime

Fecha De Impresion 19/07/2023 16:38

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	15	Fecha:	22/11/2022 08:38:40 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

- [ ] 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.
- [ ] 2. Evite el estrés.
- [ ] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [ ] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [ ] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [ ] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Ninguno	Tipo De Control	Ninguno	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad
890242 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	DERMATOLOGIA (EXTERNA)	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología

Médico:	MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.:	3158
Tipo:	Medico_General

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	13	Fecha:	23/08/2022 11:04:22 a.m.
Registrado por:	18919973 RAFAEL ULISES SARMIENTO AMOROCHO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	991 DOCENTES				

Motivo de consulta

TELECONSULTATENGO GRIPA

Enfermedad actual

SE REALIZA TELECONSULTA AL PACIENTE QUIEN COMENTA QUE PRESENTA RESFRIUADO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR FIEBRE, MALESTAR GENERAL, DISFONIA, Y RINORREA HIALINA EN TRATAMIENTO CON VIT C, ANTIGRIPALES, CON MEJORIA DE SUS SINTOMAS, HOY SOLICITA QUE PRESENTA PERSISTENCIA DE DISFONIA MOTIVO POR EL CUAL DESEA INCAPACIDAD

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	13	Fecha:	23/08/2022 11:04:22 a.m.
Registrado por:	18919973 RAFAEL ULISES SARMIENTO AMOROCHO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No

Sífilis Gestacional ☐ Sin_dato
Hipotiroidismo ☐ Sin_dato
Farmacológicos
Cirugias Tracto Reproductivo ☐
Transfucionales
Ocupacionales
Otros ☐ Cual

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual: 16 Num. Compañeros sexuales: 0

Masculino Espermaquia
Femenino

G	P	A	C	M	E	V
2	0	0	2	0	0	0

FUR FPP FUP Periodo Interginesico No_Aplica
Planifica ☑ Metodo No_Aplica Cuales
Tiempo De Uso Complicación
Menarquia Ciclos 8 X Regulares ☐ Flujo Vaginal ☐
Fecha última Citología Razones de no aplicación
Resultados BETHESDA No_Aplica

EXAMEN FISICO

TA 10 / 1	FC 1	FR 1	Temperatura 1,00	Perimetro Cefálico	1,00
Peso 1,00 Kg	Talla 1,00 m	IMC 1,00	Percentil Peso Edad 1	Percentil Talla Edad	1
Percentil Peso Talla	Circunferencia cintura ,00		Agudeza visual	OI /	
				OD /	

Impresion General ☐
Cabeza/Cuello ☐
ORL ☐
Cardiopulmonar ☐
Abdomen ☐
Genitourinario ☐
Osteomuscular ☐
Piel y Faneras ☐
Neurológico ☐
Extremidades ☐
Esfera mental ☐
Taner ☐
Signos de maltrato ☐

Hernias	☐	Criptorquidia	☐	Agenesia	☐
Reflejo Rojo	NoAplica	Convert Test	NoAplica		
Tacto Rectal	☐	Tacto Vaginal	☐	Examen Testicular	☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	J00X - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	Definitivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Plan De Manejo

PACIENTE EN TELECONSULTA QUIEN INFORMA CUADRO GRIPAL CON DISFONIA QUE LE ESTA LIMITANDO REALIZAR FUNCIONES LABORALES.
HOY SOLICITA INCAPACIDAD MEDICA

Imprime **Fecha De Impresion** 19/07/2023 16:37

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	13	Fecha:	23/08/2022 11:04:22 a.m.
Registrado por:	18919973 RAFAEL ULISES SARMIENTO AMOROCHO				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INICIA INCAPACIDAD 23 DE AGOSTO DE 2022
FINALIZA INCAPACIDAD 26 DE AGOSTO DE 2022

Recomendaciones y asesorías educativas

- [x] 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.
- [x] 2. Evite el estrés.
- [x] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [x] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [x] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [x] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Ninguno	Tipo De Control	Ninguno	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	**Especialidad**	Cantidad

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	**Via de Administración**	Posología

Médico:	SARMIENTO AMOROCHO RAFAEL ULISES
T.P.:	18919973
Tipo:	Medico_General

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	22	Fecha:	26/05/2023 10:13:27 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de **Acompañante**	HCPrenatal	**Origen de la consulta:**	PyP		
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Otra	**Finalidad de la consulta:**	Deteccion_Alteracion_Embarazo
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

consulta grupal con la familiaCITADA A CONTROL PRENATAL

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EAD G 3 P0 C 2 ACUDE PARA INICIO DE CONTROL PRENATAL, MANIFIESTA FUM: 22/11/2022 . PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA REALIZADA EL DIA 12/01/2022ACTUALMENTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 26 SEM 6 DIAS POR BIOMETRIA (ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 30/01/2023 EMBARAZO DE 9 SEM 2 DIAS) FPP 02/09/2023 MANIFIESTA PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES, NEIGA PERDIADAS VAGINALES, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO , NIEGA SINTOMAS URINARIOS . REFIERE PRESENTA FLUJO DE COLOR BLANCO EN OCACIIONES PRURIGINOSO Y DE MAL OLOR, SE REALIZO PARACLINICOS EN EL DIA DE AYER , PEDIENTE REPORTE.PARACLINICOS CONTROL PRENATAL:25/02/2023RUBEOLA IG M NEGATIVO RUBEOLA IG G POSITIVOHEMOGLOBINA 11.1 HTO 34.4 R. DE LEUCOCITOS 6930 R. DE PLAQUETAS 284000PRUEBA TREPONEMICA NEGATIAVA HEPATITIS B NEGATIVOHIV NO REACTIVO TOXO I G G POPSITIVOTOXO IG M NEGATIVO PARCIAL DE ORINA LEUCOCITOS 16-18 XC BACTERIAS +++ NITRITOS POSITIVO GLICEMIA EN AYUNAS 79 MG/DLECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL : EMBARAZO INTRAUTERINO DE 9 SEM 2 DIA POR LCC CON EMBRION UNICO VIVO . (NO ACORDE CON FUM)ECOGRAFIA DE TAMIZAJE GENETICO 27/02/2023EMBRAZO INTRAUTERINO DE 13 SEM 5 DIAS CON FETO UNICO VIVO NO SE OBSERVAN MARCADORES ECOGRAICOS DE ALTERACIONES CROMOSOMICAS, TAMIZAJE RIESGO BAJO PARA CROMOSOMOPATIAS.13/03/2023TSH 1.06 ULU/MLUROCULTIVO NEGATIVO PARCIAL DE ORINA CONTAMINADO CTOG : 78/116/128/10013/03/2023CTOG : 78/116/128/10013/03/2023PARCIAL DE ORINA NO PATOLOGICO UROCULTIVO : NO SE AISLO GERMEN TSH 1.06REPORTE ECOGRAFIA OBSTETRICA 20/05/23023 DETALLE ANATOMICO REALIZADA POR DR CVARLOS VARGAS. GESTACION DE 26 SEM 1 DIA POR BIOMETRIA. BINESTAR FETAL AL MOMENTO DEL EXAMEN . PESO FETAL ESTIMADO 885 GR P : 59,3%PLACENTA Y CORDON / ILA NORMAL LOCALIZACION COPRORAL POSTERIOR GRADO II CORDON : 3 VASOSPARACLINICOS 25/05/2023HEMOGLOGIMNA 9.6HTO 28,11R. DE LEUCOCITOS 7770NEUTROFILOS 71,4LINF 25.20MONOCITOS 3,40R, DE PLAQUETAS 296000PRUEBA TREPONEMICA NEGATIVO HIV NEGTIVO TOXO IG G NEGATIVO TOXO IG M NEGATIOVO GPT 17.52

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Gestación		
Numero de Semanas Ingreso	10	Trimestre Ingreso	Primer_Trimestre
Causa Ingreso Tardio			

Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Cambios en el Peso	No Refiere
Mareos	No Refiere
Nauseas	No Refiere
Vomito	No Refiere
Epigastralgia	No Refiere
Cefalea	No Refiere
Ttnos Visuales	No Refiere
Tinitus	No Refiere
Estres	No Refiere

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	22	Fecha:	26/05/2023 10:13:27 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Depresion	No Refiere
Estreñimiento	No Refiere
Movimientos Fetales	No Refiere
Actividad Uterina	No Refiere
Perdidas vaginales	No Refiere
Edemas	No Refiere
Sintomatico respiratorio	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	DM1	☐	DM2	☐
Diabetes Gestacional	☐	Tuberculosis	☐	Hemoglobinopatias	☐
Cardiopatias	☐	Autoinmunes	☐	Epilepsia	☐
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No			Desnutrición	☐
Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica			Tabaquisto	☐
Eclampsia Ultimo Embarazo	No			Alcoholismo	☐
Asma	☐	Psiquiatrico	☐	Obesidad Mórbida	☐
Nefropatia	☐	Cx Pelvico Uterina	☐	Ectopicos	☐
Sífilis Gestacional	☐				
Hipotiroidismo Congenito	☐				
Otros	☐	Cual			
Farmacológicos					
Cirugias Tracto Reproductivo	☐				
ITS	☐	Cual	No_aplica		
Otros	CESAREA (2) CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA .				
Traumáticos					
Transfucionales					
Ocupacionales					

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16						Num. Compañeros sexuales:	1			
G	2	P	0	A	0	C	2	M	0	E	0	V	0
FUR		FPP		FUP				Periodo Interginesico	No_Aplica		
Planifica	☐	Metodo	Implante_Subdérmico					Complicación			
Tiempo De Uso								Cuales			
Menarquia		Ciclos	8	X				Flujo Vaginal	☐	Retención Placenta	☐
Hijo Nacido Muerto Despues 1 Semana	☐							Cantidad			
Causa Muerte											

Incom. Sanguinea	☐	RPM	☐	RCIU	☐
Oligohidramnios	☐	Ttos. Infertilidad	☐	Gemelar	☐

Hijos con Malformaciones	☐	Cantidad
Hijos Prematuros	☐	Cantidad
Hijos Menor 2500 gr	☐	Cantidad
Hijos Mayor 2500 gr	☐	Cantidad
Hijo Nacido Muerto en 1 Semana	☐	Causa
Amenaza de Aborto	☐	Causa
RN Ictericia	☐	
Otros		

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	22	Fecha:	26/05/2023 10:13:27 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

EXAMEN FISICO

TA	110 / 70	FC	78	FR	17	Temperatura	36,00	Peso al iniciar el embarazo	69,0	Kg	
Peso	74,0 Kg	Talla	1,5 m	IMC	32,03	Frecuencia Cardiaca Fetal	140	OI	0 / 0		
Resultado Agudeza Visual								OD	0 / 0		

Impresion General	☐	BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA
Cabeza/Cuello	☐	NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS
ORL	☐	NORMAL
Cardiopulmonar	☐	PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS, RS CS RITMICOS, SIN SOPLOS NI RUIDOS AGREGADOS
Mamas	☐	SIMETRICAS,
Abdomen	☐	GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU: 27 CM
Altura Uterina		27 CM
Movimientos Fetales		PRESENTES
Presentación Fetal		CEFALICA
Genitourinario	☐	GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, NO SE TACTA
Osteomuscular	☐	NORMAL
Extremidades	☐	SIMETRICAS, SIN EDEMA
Piel y Faneras	☐	NORMAL
Neurológico	☐	NORMAL
Tacto Rectal	☐	--
Tacto Vaginal	☐	--
Pelvimetria		
Actividad Uterina		

Acepta ☐

Acepta ☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Codigo	Nombre	Tipo	Clase
☑	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Presuntivo	Confirmado_Repetido
☐	D649	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	Presuntivo	Confirmado_Repetido

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Recomendaciones ☐

Interconsulta

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD G 3 C 2 CURSA CON EMBARAZO DE 26 SEM 6 DIAS POR FUR , ACUDE A CONSULTA MANIFESTANDO FLUJO DE MAL OLOR , SE REALIZO FROTIS VAGINAL PENDIENTE RESULTADO. SE DAN RECOMENDACIONES Y SINGOS DE ALARMA , CONSULTAR SI PRESENTA DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, SANGRADO VAGINAL , DOLOR DE CABEZA , SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES . SE RECOMIENDA RESTRICCION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS, DISMINCUION DE AZUCARES, Y CARBOHIDRATOS, USO DE VESTUARIO OLGADO

Recomendaciones y asesorías educativas

- ☐ 1. Asistencia cumplida a los controles prenatales
- ☐ 2. Asistencia a salud oral
- ☐ 3. Asistencia a vacunación con carnet de vacunas
- ☐ 4. Asistencia a curso psicoprofilactico
- ☐ 5. Fomentar la presencia del compañero o padre del niño en cada control prenatal
- ☐ 6. Llevar una alimentacion balanceada y a las horas indicadas
- ☐ 7. Repos absoluto/relativo
- ☐ 8. Consultar de inmediato sí: Sangrado vaginal y/o dolor abdominal
- ☐ 9. Consultar de inmediato sí: Actividad uterina, ausencia de movimientos fetales, salida de sangre o algun otro liquido por vagina, dolor de cabeza, pitos en los oidos, vision
- ☐ 10. Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos, dos horas antes o despues de las
- ☐ 11. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren dicha suplementacion de forma rutinaria
- ☐ 12. Se recomienda administrar la vacuna contra la fiebre amarilla solo si se va a viajar a areas endemicas
- ☐ 13. Orientacion sobre parto institucional
- ☐ 14. Orientacion sobre lactancia materna y alimentacion complementaria

PRENATAL

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	22	Fecha:	26/05/2023 10:13:27 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

☐ 15. Orientacion sobre planificacion familiar

Otras Recomendaciones

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad
903016 - FERRITINA		1
903846 - HIERRO TOTAL		1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
A11GA01011 - ASCORBICO ACIDO X 500 MG TABLETA	15	Oral	toma una tab diaria
B03AA0711161 - HIERRO SULFATO X 300 MG TABLETA	30	Oral	toma una tab diaria

Médico: MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.: 3158
Tipo: Medico_General

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	24	Fecha:	29/06/2023 08:04:43 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

DESEA PASAR CON EL PSICOLOGO

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G 3 P0 C 2 ACTUALMENTE CURSANDO CON EMBARAZO DE 31 SEM 5 DIAS POR BIOMETRIA (ECOGRAFIA REALIZADA EL DIA 30/01/2023 EMBARAZO DE 9 SEM 2 DIAS) FPP 02/09/2023 , MANIFIESTA PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES, NO PERDIDAS VAGINALES , NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO , NIEGA SINTOMAS URINARIOS, ACUDE EN EL DIA DE HOY MANIFESTANDO DESEOS DE PASAR CON PSICOLOGIA , REFIRE QUE PRESENTA INSOMNIO , LE DAN MUCHOS PENSAMIENTOS, REFIERE QUE NO DEJA DE PENSAR EN PORQUE QUEDO EMBARAZADA SI YA SE HABIA HECHO POMEROY. REFIERE QUE NO TIENE PROBLEMAS CON SU PAREJA , EL EMBARAZO FUE ACEPTADO PERO HAY MOMENTOS SE SIENTE ESTRESADA , REFIERE DESEOS DE PSICOTERAPIA DE APOYO

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	24	Fecha:	29/06/2023 08:04:43 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No
Sífilis Gestacional	☐	Sin_dato			
Hipotiroidismo	☐	Sin_dato			
Farmacológicos					
Cirugias Tracto Reproductivo	☐				
Transfucionales					
Ocupacionales					
Otros	☐	Cual	CESAREA (2) CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA .		

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16	Num. Compañeros sexuales:	1
Masculino		Espermaquia	
Femenino			

G	P	A	C	M	E	V
2	0	0	2	0	0	0

FUR		FPP		FUP	
Periodo Interginesico	No_Aplica				
Planifica	☑	Metodo	No_Aplica	Cuales	
Tiempo De Uso				Complicación	
Menarquia		Ciclos	8	X	
Regulares	☐	Flujo Vaginal	☐		
Fecha última Citología		Razones de no aplicación			
Resultados BETHESDA	No_Aplica				

EXAMEN FISICO

TA	110 / 70	FC	90	FR	17	Temperatura	36,00
Perimetro Cefálico	,00	Peso	75,50 Kg	Talla	1,56 m	IMC	31,02
Percentil Peso Edad		Percentil Talla Edad		Percentil Peso Talla		Circunferencia cintura	,00
Agudeza visual		OI /		OD /			

Impresion General	☐	BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA,
Cabeza/Cuello	☐	NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIA
ORL	☐	NORTMAL
Cardiopulmonar	☐	PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS, RS C S RITMICOS, SIN SOPLOS NI RUIDOS AGREGADOS
Abdomen	☐	BLANDO, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS
Genitourinario	☐	NORMAL
Osteomuscular	☐	NORMAL
Piel y Faneras	☐	NORMAL
Neurológico	☐	NORMAL
Extremidades	☐	SIMETRICAS, SIN EDEMA
Esfera mental	☐	NORMAL
Taner	☐	--
Signos de maltrato	☐	

Hernias	☐	Criptorquidia	☐	Agenesia	☐
Reflejo Rojo	NoAplica	Convert Test	NoAplica		
Tacto Rectal	☐	Tacto Vaginal	☐	Examen Testicular	☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	Z359 - SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Presuntivo
☐	F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO	Presuntivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Imprime

Fecha De Impresion 19/07/2023 16:44

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	24	Fecha:	29/06/2023 08:04:43 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Plan De Manejo

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD G 3 C 2 CURSA CON EMBARAZO DE 31 SEM 5 DIAS ACTUALMENTE CONSULTA POR DESEOS DE VALORACION POR PSICOLOGIA SE HABLA CON EL ESPOSO Y LA
PACIETE QUIEN MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPT A.

Recomendaciones y asesorías educativas

- [ ] 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.
- [ ] 2. Evite el estrés.
- [ ] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [ ] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [ ] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [ ] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Ninguno	Tipo De Control	Ninguno	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad
890208 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	PSICOLOGIA (EXTERNA)	1

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología

Médico:	MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.:	3158
Tipo:	Medico_General

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	12	Fecha:	29/07/2022 08:10:48 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

TIENE UNA VERRUGA EN EL DEDO .

Enfermedad actual

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD QUIEN MANIFIETA PRESENTA UNA VERRUGA EN EL DEDO INDICE DE MANO DERECHA DE APROX. 8 MESES DE EVOLUCION Y NO SE HE HA CAIDO

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	Ninguno
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					
HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	12	Fecha:	29/07/2022 08:10:48 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

Sífilis Gestacional ☐ Sin_dato
Hipotiroidismo ☐ Sin_dato
Farmacológicos
Cirugias Tracto Reproductivo ☐
Transfucionales
Ocupacionales
Otros ☐ Cual

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual: 16 Num. Compañeros sexuales: 0

Masculino Espermaquia
Femenino

G 2 P 0 A 0 C 2 M 0 E 0 V 0

FUR FPP FUP Periodo Interginesico No_Aplica
Planifica ☑ Metodo No_Aplica Cuales
Tiempo De Uso Complicación
Menarquia Ciclos 8 X Regulares ☐ Flujo Vaginal ☐
Fecha última Citología Razones de no aplicación
Resultados BETHESDA No_Aplica

EXAMEN FISICO

TA	120 / 70	FC	78	FR	18	Temperatura	36,00
Perimetro Cefálico	,00	Peso	66,00 Kg	Talla	1,50 m	IMC	29,33
Percentil Peso Edad		Percentil Talla Edad		Percentil Peso Talla		Circunferencia cintura	,00
Agudeza visual	OI / OD /						

Impresion General ☐ BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA
Cabeza/Cuello ☐ NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL, SIMETRICO SIN ADENOPATIAS
ORL ☐ NORMAL
Cardiopulmonar ☐ PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS RS CS TITMICOS, SIN SOPLOS
Abdomen ☐ NORMAL
Genitourinario ☐
Osteomuscular ☐
Piel y Faneras ☐
Neurológico ☐
Extremidades ☐
Esfera mental ☐
Taner ☐
Signos de maltrato ☐

Hernias ☐ Criptorquidia ☐ Agenesia ☐
Reflejo Rojo NoAplica Convert Test NoAplica
Tacto Rectal ☐ Tacto Vaginal ☐ Examen Testicular ☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	B07X - VERRUGAS VIRICAS	Definitivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Plan De Manejo

PACIENTE PRESENTA VERRUGA VIRICA EN DEDO INDICE MANO DERECHA SE INDICA PODOFILINA

Recomendaciones y asesorías educativas

☐ 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.

Imprime **Fecha De Impresion** 19/07/2023 16:35

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	12	Fecha:	29/07/2022 08:10:48 a.m.
Registrado por:	32699340 YADIRA BERNARDA MOLINA VEGA				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

- [ ] 2. Evite el estrés.
- [ ] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [ ] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [ ] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [ ] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Ninguno	Tipo De Control	Ninguno	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
D06BB040221 - PODOFILINA AL 20% LOCION	1	Topico	ÁPLICAR EN ZONA AFECTA UNA VEZ AL DIA

Médico:	MOLINA VEGA YADIRA BERNARDA
T.P.:	3158
Tipo:	Medico_General

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	26	Fecha:	18/07/2023 03:57:29 p.m.
Registrado por:	84008009 LUIS ALBERTO NORIEGA JIMENEZ				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

REFERIDA DPOR PSICOLOGIA

Enfermedad actual

SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G3, P0, C2, A0, CON AMBARAZO ACTUAL DE 34 SEMANAS X FUM EN CONTROL, DOCENTE ACTIVA LABORA EN LA INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO INDUSTRIAL EN AGUACHICA CESAR, REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR PRESENTAR INSOMNIO DE CONCILIACION Y MANTENIMIENTO, SINTOMAS ANSIOSOS, INQUIETUD PSICOMOTRIZ, IDEAS ANSIOGENICAS, MOTIVO DE CONSULTA.

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	EnfermedadMental
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	26	Fecha:	18/07/2023 03:57:29 p.m.
Registrado por:	84008009 LUIS ALBERTO NORIEGA JIMENEZ				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No

Sífilis Gestacional	☐	Sin_dato
Hipotiroidismo	☐	Sin_dato
Farmacológicos		
Cirugias Tracto Reproductivo	☐	
Transfucionales		
Ocupacionales		
Otros	☐ Cual	CESAREA (2) CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA .

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16	Num. Compañeros sexuales:	1
Masculino		Espermaquia	
Femenino			

G	P	A	C	M	E	V
2	0	0	2	0	0	0

FUR		FPP		FUP	
Periodo Interginesico	No_Aplica				
Planifica	☑	Metodo	No_Aplica	Cuales	
Tiempo De Uso				Complicación	
Menarquia		Ciclos	8	X	
Regulares	☐	Flujo Vaginal	☐		
Fecha última Citología		Razones de no aplicación			
Resultados BETHESDA	No_Aplica				

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1,00
Perimetro Cefálico	1,00						
Peso	65,00 Kg	Talla	1,60 m	IMC	25,39	Percentil Peso Edad	
Percentil Talla Edad							
Percentil Peso Talla		Circunferencia cintura	,00	Agudeza visual		OI /	
						OD /	

Impresion General	☐	
Cabeza/Cuello	☐	
ORL	☐	
Cardiopulmonar	☐	
Abdomen	☐	
Genitourinario	☐	
Osteomuscular	☐	
Piel y Faneras	☐	
Neurológico	☐	
Extremidades	☐	
Esfera mental	☑	PACIENTE LUCE VIGIL, LENGUAJE FLUIDO DE BUEN TOMNO, ANSIOSA, CON IDEAS ANSIOGENICAS, MEMORIA Y ORIENTACION CONSERVADA, JUICIO ADECUADO, HIPOPROSEXICA, INTELIGENCIA NO EVALUADA.
Taner	☐	
Signos de maltrato	☐	

Hernias	☐	Criptorquidia	☐	Agenesia	☐
Reflejo Rojo	NoAplica	Convert Test	NoAplica		
Tacto Rectal	☐	Tacto Vaginal	☐	Examen Testicular	☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	Presuntivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Plan De Manejo

1) QUETIAPINA TAB 25 MG 0-0-1 POR 1 MES

Imprime

Fecha De Impresion 19/07/2023 16:45

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	26	Fecha:	18/07/2023 03:57:29 p.m.
Registrado por:	84008009 LUIS ALBERTO NORIEGA JIMENEZ				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

2) SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIa
3) INCAPACIDAD LABORAL POR 15 DIAS A PARTIR DE LA FECHA
4) CONTROL EN 1 MES.

Recomendaciones y asesorías educativas

- [ ] 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.
- [ ] 2. Evite el estrés.
- [ ] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [ ] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [ ] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [ ] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Otra	Tipo De Control	Especialista	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
N05AQ000011 - QUETIAPINA X 25 MG TABLETA	30	Oral	TOMAR 1 TAB A LAS 8 PM POR 1 MES

Médico:	NORIEGA JIMENEZ LUIS ALBERTO
T.P.:	8497/2005
Tipo:	Medico_Especialista

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

Codigo:	XX
Fecha:	FECHA
Version:	0

Fecha y Hora Atención: 15/08/2023 05:48:00 **Historia Clínica Nro:** 1093746652

Paciente: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ **Registro:** 303106

F. Nacimiento: 07/09/1988 **Edad:** 34 años 11 meses 8 dias

Fecha Hospitalización: 15/08/2023 **Dias Hospitalización:** 1 dias

Direccion: MZA C CASA 16 ETAPA 2 LA CIUDADELA DE LA PAZ **Telefono:** 3125318633

Empresa: UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB **Plan:** UT FOSCAL–CUB: AGUACHICA

Fecha hora egreso: 16/08/2023 09:58:00

INGRESO A CIRUGIA 15/08/2023 05:48:00

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE PROGRAMADA PARA CESAREA + POMEROY MOTIVADA POR CESAREA ANTERIOR.

G/O: G3C2.
EMBARAZO DE 38.3 SEMANAS DE GESTACION.
FUR: 22/11/22.
PATOLOGICOS: TRANSTORNO DEL SUEÑO.
FARMACOLOGICOS: VITAMINAS PRENATALES, QUETIAPINA.
ALERGIAS: NIEGA.
QUIRURGICOS: RESECCION DE QUISTE POR LAPAROSCOPIA + POMEROY 09/2021, CESAREA #2 (2016).
HOSPITALIZACIONES: NIEGA.
VACUNAS: COVID #2 DOSIS - SINOVAC.
GRUPO SANGUINEO: O POSITIVO.

ECOGRAFIA OBSTETRICA + PERFIL BIOFISICO 01/08/23: EMBARAZO DE 35.3 SEMANAS DE GESTACION POR BIOMETRIA FETAL, PERCENTIL 39. ANATOMIA BASICA OBSERVADA NORMAL, ILA NORMAL, BIENESTAR FETAL CONSERVADO AL MOMENTO DEL ESTUDIO, PERFIL BIOFISICO 8/8.

LABS:
-09/08/23: HEMOGRAMA: HB 10.5g/dl, HCT 33.19%, PLT 220.000U/uL. GLICEMIA EN AYUNAS: 67mg/dl. EKG: NORMAL. TIEMPOS DE COAGULACION: TP 14.2seg, INR 1.12, TPT 28.6seg.
VIH NO REACTIVO.

TA: 111/84 mmhg, FC: 95 LPM, FR: 20 RPM, Tº: 35,5ªC, SO2: 99%, PESO: 76KG, FCF: 125LPM.
ESTADO GENERAL: BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, AFEBRIL.
C/C: NORMOCEFALO, ORL: PINRL, BOCA: MOH, CUELLO: MOVIL SIN MASAS
C/P: RSCSRS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIN AGREGADOS, NO TIRAJES.
ABD: AU: 38 CMS, UTERO GRAVIDO, FETO UNICO VIVO, CON FCF 125 LPM, CEFALICO, DORSO IZQUIERDO. NO SE PERCIBE ACTIVIDAD UTERINA EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
GU: NORMOCONFIGURADO PARA SEXO, AL TV VAGINA NORMOELESTICA/NORMOTERMICA, CUELLO POSTERIOR, LARGO GRUESO CERRADO, MEMBRANAS INTEGRAS.
EXT: SIN EDEMA, PSPS PRESENTES.
SNC: SIN ALTERACIONES APARENTES.

ANALISIS

FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G3C3 CON EMBARAZO DE 38.3 SEM POR FUR Y ECO I/III, ARO POR ANTECEDETES DESCRITOS, ASINTOMATICA, QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, BINOMIO MADRE E HIJO BUEN ESTADO AL MOMENTO CON MOVIMIENTO FETALES PRESENTES Y F. C. F. POSITIVA CON DOPPLER AUDIBLE PARA LA MADRE, PROGRAMADA PARA CESAREA POR CESAREA ANTERIOR, SE EXPLICA CLARAMENTE A PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SE EXPLICAN POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS (SANGRADO – INFECCION – SEPSIS – INFECCION HERIDA QUIRURGICA - LESION INTESTINAL O VESICAL - FISTULAS - REQUERIMIENTO DE TRANSFUSION – REINTERVENCION - MUERTE). SE REALIZA EXPLICACION DE SU CONDICION ACTUAL Y LA PACIENTE ADUCE ENTENDER, ACEPTAR Y ES RECEPTIVA CON LA INFORMACION. SE ENTREGAN Y SE FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.

PLAN:
PASAR A SALAS DE QUIROFANO SEGUN LLAMADO
NADA VIA ORAL
PREPARAR PARA CESAREA
SSN 500 CC EV AHORA, CONTINUAR 1000CC PARA 12 HORAS
CEFALOTINA 1 GR EV PREQUIRURGICA
METOCLOPRAMIDA 10 MG EV PREQUIRURGICA
VIGILAR FCF
CSV-AC

MEDICAMENTOS

101. SODIO CLORURO 0.9% BOLSA X 500 ML (SOLUCION SALINA)

102. CEFALOTINA 1 G AMPOLLA
PREQUIRURGICA

103. METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG/2 ML AMPOLLA
PREQUIRURGICA

SHIRLEY TATIANA SARABIA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1065903623

NOTA DE ENFERMERIA 15/08/2023 05:58:00

NOTA ENFERMERIA

05:48 INGRESA AL SERVICIO DE GINECOLOGIA ADULTA DE 34 AÑOS DE EDAD, CONSCIENTE, ORIENTADA, CON TAPABOCAS, TOLERANDO EL MEDIO AMBIENTE, AFEBRIL, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS ACOMPAÑADA POR FAMILIAR:
NATURAL: CUCUTA
RESIDENTE: AGUACHICA
DIRECCION: MANZANA C CASA 16 ETAPA 2 CIUDADDELA DE LA PAZ
BARRIO: CIUDADELA DE LA PAZ
TELEFONO: 3125318633
OCUPACION: DOCENTE
ESCOLARIDAD: PROFESIONAL
RELIGION: TESTIGO DE JEHOVA
ESTADO CIVIL: CASADA
SEGURIDAD SOCIAL: FOSCAL
GRUPO RH: O POSITIVO
SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN TENSION ARTERIAL: 111/84MMHG, FRECUENCIA CARDIACA: 95X', FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20X', TEMPERATURA: 35.5C, PESO: 76KG, FRECUENCIA CARDIACA FETAL:125X',
SE PROCEDE A COLOCAR MANILLA DE IDENTIFICACION DE PACIENTE Y SE REALIZAN VALORACION DE ESCALAS PACIENTE CON ESCALA DE DOWNTON (RIESGO DE CAIDAS) RIESGO BAJO, (1), ESCALA DE BRADEN (ULCERAS POR PRESION), (SIN RIESGO 19). SE REALIZA VALORACION DE ALERTA TEMPRANA DE RIESGO OBSTETRICO CON PUNTUACION 1
MOTIVO DE CONSULTA: ES VALORADA POR LA DRA SHIRLEY CON ENFERMERA CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PACIENTE CON TAPABOCAS, FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G3C3 CON EMBARAZO DE 38.3 SEM POR FUR Y ECO I/III, ALTO RIESGO OBSTETRICO POR ANTECEDETES DESCRITOS, ASINTOMATICA, QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, BINOMIO MADRE E HIJO
BUEN ESTADO AL MOMENTO CON MOVIMIENTO FETALES PRESENTES Y F. C. F. POSITIVA CON DOPPLER AUDIBLE PARA LA MADRE, PROGRAMADA PARA CESAREA POR CESAREA ANTERIOR, SE EXPLICA CLARAMENTE A PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SE EXPLICAN POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS (SANGRADO – INFECCION – SEPSIS – INFECCION HERIDA QUIRURGICA - LESION INTESTINAL O VESICAL - FISTULAS REQUERIMIENTO DE TRANSFUSION – REINTERVENCION - MUERTE).
SE REALIZA EXPLICACION DE SU CONDICION ACTUAL Y LA PACIENTE ADUCE ENTENDER, ACEPTAR Y ES RECEPTIVA CON LA INFORMACION. SE ENTREGAN Y SE FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.
LA DRA SHIRLEY REALIZA EXAMEN FISICO Y LO REPORTA EN HISTORIA CLINICA, GENITOURINARIO, NORMOCONFIGURADO, PARA SEXO, AL TACTO VAGINAL VAGINA NORMOELESTICA/NORMOTERMICA, CUELLO POSTERIOR, LARGO GRUESO CERRADO, MEMBRANAS INTEGRAS. ORDENA PASAR A SALAS DE QUIROFANO SEGUN LLAMADO NADA VIA ORAL PREPARAR PARA CESAREA PACIENTE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMASDO RESPECTIVO.

ORDENES

Concepto	Servicio
SUMINISTROS Y/O MATERI	CATETER INTRAVENOSO 18 G
	EQUIPO MACROGOTEO
	JERINGA DESECHABLE X 10 ML
	JERINGA DESECHABLE X 3 ML

LILIANA RAMIREZ BARBOSA

NOTA DE ENFERMERIA 15/08/2023 05:59:00

NOTA ENFERMERIA

SE PROCEDE A CANALIZAR CON PRESSN 500 CC EV AHORA, CONTINUAR 1000CC PARA 12 HORAS SE ADMINISTRA CEFALOTINA 1 GR EV PREQUIRURGICA METOCLOPRAMIDA 10 MG EV PREQUIRURGICA VIGILAR FRECUENCIA CARDIACA FETAL SE ESPERA EL LLAMADO A QUIROFANO DISPONIBLE.

07:00 SE TRASLADA AL SERVICIO DE CIRUGIA EN SILLA DE RUEDAS PREPARADA PARA CESAREA MAS POMEROY SE ENTREGA A LA AUXILAIR DE CIRUGIA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA.

LILIANA RAMIREZ BARBOSA

NOTA DE ENFERMERIA 15/08/2023 06:52:00

NOTA ENFERMERIA

Ingresa femenina de 34 años de edad, procedente del servicio de maternidad consciente orientada, afebril, tolerando el medio ambiente con orden de nada vía oral desde ayer horas de la noche, con un diagnostico embarazo de 38.3 semanas, con abdomen globoso por útero grávido, con movimientos fetales positivos y fcf positiva, con orden de cesárea por cesárea anterior más pomeroy con líquidos endovenosos instalados en vena radial izquierda , con vía permeable pasando metroclopramida en ssn se realiza valoración de la escala de Downton y el resultado es 0-1 paciente con bajo riesgo de caídas se instalan manilla azul , se brinda charla educativa según protocolo de institucional de protección contra caídas ,la paciente es receptiva y refiere entender y aceptar. Se firman consentimientos en espera de traslado a quirofano

MARLETH BALLESTERO BLANCO
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOTA DE ENFERMERIA 15/08/2023 07:30:00

NOTA ENFERMERIA

7:00 traslado a quirófano 1 femenina de 34 años de edad consiente, alerta caminando por sus propios medios con líquidos endovenoso permeables en miembro superior izquierdo radial preparada para cesárea+pomeroy embarazo 38.5 semanas, se inicia atención a la paciente con elementos de protección personal completos para todo el equipo quirúrgico , se realiza presentación personal al paciente del equipo , se brinda charla educativa sobre el procedimiento a realizar , la paciente es receptiva y refiere entender y aceptar , se indaga a la paciente sobre posibles alergias y enfermedades quien refiere no sufrir ningún tipo de enfermedad y no ser alergica a ningun tipo de medicamento, se ubica en camilla se instala monitoreó continuo, lista de chequeo, protocolos para prevension del covid, anestesiólogo dr Walter induce anestesia raquídea con previa asepsia antisepsia en región lumbar, realizo lavado de manos, previa asepsia y antisepsia en abdomen + ducha vaginal pasando sonda nelaton n° 10 a libre drenaje orina clara campos esteriles, instrumentadora realiza conteo de inicio n° 13 compresas n° 5 gasas material punzante n° 4 y 1 hoja de bisturí 7:27 inicia acto quirúrgico dr Yolima ruiz, ayudante dr Anderson, instrumenta Maria angelica salazar, incide piel por cicatriz anterior, tejido celular subcutáneo, fascia se realiza rafia de útero, aspiracion de liquido claro 7:30 nace producto único vivo de sexo masculino llanto fuerte pinza cordón umbilical se lo entrega a jefe de turno Gressy quien implementa protocolo madre canguro lactancia materna exclusiva, luego lo traslada a sala de neonatos donde se le dan los cuidados correspondientes se le toman medidas antropométrica peso:3215 gramos talla: 49 cm pc: 34 cm pt:32 cm,Pa30 estable,extrae manualmente placenta completa, se pasa 10 und de oxitocina, limpia úterocierra,procede a realizar pomeroy pinza trompa derecha,no tenia trompa izquierda ni ovario,corta amarra se revisa hemostasia conteo de material blanco completo informa instrumentadora, recuento de material completo. sutura hasta piel se limpia y se cubre herida con gasa + micropore se toman signos vitales estables durante procedimiento y se registran 8:05 termina procedimiento quirúrgico sin complicación, se limpia coloca tohallas sangrado moderado,8:10 traslada en camilla a recuperación donde se monitoriza pasándole infusión de oxitocina 30 und en 500 de ssn,se prepara muesta para patologia se prepara con 48ccssn 4cc formol.

ROSA LUZ ARENAS GUEVARA

NOTA JEFE ENFERMERIA 15/08/2023 07:54:00

NOTA JEFE ENFERMERIA

7:30 NACE PRODUCTO ÚNICO VIVO DE SEXO MASCULINO PRODUCTO DE CESAREA , CON 38.3 SEMANAS DE GESTACION MADRE MULTIPARA G3 C2, LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL, APGAR AL NACER 8/10 AL MINUTO, 9/10 A LOS 5 MINUTOS ,ACTIVO, REACTIVO A ESTÍMULOS , CON BUEN TONO MUSCULAR , VIGOROSO CON ADECUADA VITALIDAD ,LLANTO VIGOROSO ,SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SATUROMETRIA 98% SE REALIZA LIMPIEZA ORAL CON GASA ESTÉRIL , SE REALIZA PINZAMIENTO TARDÍO DE CORDÓN UMBILICAL , SE REALIA PROFILAXIS DEL RECIÉN NACIDO CON GENTAMICINA OFTALMOLÓGICA 1 GOTA EN CADA OJO , SE CONTINUA CON APLICACIÓN DE PROFILAXIS INTRAMUSCULAR SEGÚN PROTOCOLO 1 MG = 1ML DE VITAMINA K (FITOMENADIONA) EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO TERCIO MEDIO MUSLO I.M , SE REALIZA CURACIÓN DE ONFALO,SE TOMA MUESTRA PARA TAMIZAJES TSH Y HEMOCLASIFICACION, SE ROTULAN , SE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO COLOR AZUL EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.
AL EXAMEN FISICO :PIEL DE COLOR ROSADO CON BUENA APARIENCIA, NORMOCEFALICO , TAMAÑO DE FONTANELAS NORMALES , OJOS SIN EVIDENCIA DE HEMORRAGIAS ESCLERALES, SE EXPLORA Y OBSERVA FOSAS NASALES PERMEABLES, BOCA Y PALADAR NORMOCONFIGURADOS CLAVICULAS INDEMNES, ORIFICIOS FISIOLOGICOS NORMALES, OREJAS CON IMPLANTACION NORMAL CON TODAS SUS ESTRUCTURAS ,TORAX CON AUSENCIA DE ASIMETRIAS , ABDOMEN SIN DISTENSION , SIN ALTERACIONES EN LA LINEA ALBA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS , GENITAL PERMEABLE GENITO URINARIO GONADAS MASCULINAS PRESENTES EN SACO ESCROTAL ANO PERMEABLE.
SE REALIZA LA TOMA DE SIGNOS VITALES Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO: 3215 KG TALLA:49 CM PERÍMETRO CEFÁLICO:34 CM PERÍMETRO TORÁCICO:32CM PERÍMETRO ABDOMINAL : 30 CM
SE CONTINUA CON APEGO PRECOZ EN SENOS MATERNOS, DURANTE EL CIERRE DE CAVIDAD ABDOMINAL MATERNO, SE INICIA ESTRATEGIA PADRE CANGURO, SE CONTINUA CON LACTANCIA MATERNA INMEDIATA Y EXCLUSIVA JUNTO AL PECHO MATERNO, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA ESTRATEGIA. TERMINA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SIN COMPLICACIONES SATISFACTORIAMENTE.
SE ENTREGAN MUESTRAS DE TSH Y HEMOCLASIFICACION A ENFERMERA JEFE DE TURNO ISABEL.

GREESSLY ALEJANDRA PEÑARANDA ALVERNIA
Especialidad: ENFERMERA(O) JEFE

NOTA JEFE ENFERMERIA 15/08/2023 08:02:00

NOTA JEFE ENFERMERIA

INGRESA A AREA DE RECUPERACION DE CIRUGIA EN POP CESAREA MAS POMEROY POR CESAREA PREVIA, PACIENTE BAJO EFECTOS DE ANESTESIA RAQUIDEA, CON ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, NORMOCEFALO SIN MASAS, NEUROLOGICO SIN SEDACION, PUPILAS ISOCORICAS, REACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO MEGALIAS, TORAX SIMETRICO CON EXPANSIBILIDAD Y ELASTICIDAD BILATERAL CONSERVADA, SO2 92%, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, EN RITMO SINUSAL SIN SOPLOS AUDIBLES, ABDOMEN, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, AUN GLOBOSO POR PROCESO DE INVOLUCION UTERINA, UTERO BIEN CONTRAÍDO A NIVEL INFRAUMBILICAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, FLATOS PRESENTES, GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO Y CARACTERISTICAS FEMENINAS, DIURESIS POSITIVA POR SONDA, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIN EDEMAS, HERIDA PHANESTEL SUTURADA, CUBIERTA CON APÓSITOS LIMPIOS, SIN SANGRADO ACTIVO, RESTO DE PIEL INTEGRA. SIGNOS VITALES DE INGRESO TENSION ARTERIAL 107/66 MMHG, FRECUENCIA CARDIACA 96 LPM, SO2 97%, AFEBRIL. CON ACCESO VENOSO PERIFÉRICO EN RADIAL IZQUIERDO, TERMINANDO DE PASAR ANALGESICO CUANDO SE TERMINE SE INICIA LA INFUSIÓN DE OXITOCINA 40 UI, A LA ESPERA DE EVOLUCIÓN CLÍNICA. RECIÉN NACIDO DE SEXO MASCULINO EN CUNA TÉRMICA, CON ADECUADO COLOR DE PIEL, LLANTO Y SUCCIÓN FUERTE

SE ROTULA, ENTREGA PATOLOGIA CON INDICACIONES CORREPSONDIENTES A FAMILIAR (ESPOSO).

SE REALIZA VIGILANCIA DE SANGRADO CADA 15 MINUTOS PARA CONTROLAR EL TONO UTERINO.

8:15 ELIMINA 30CC
8:30 ELIMINA 25CC
8:45 ELIMINA 20CC
9.00 ELIMINA 15CC
9:15 ELIMINA 10CC
9:30 ELIMINA 3CC

GREESSLY ALEJANDRA PEÑARANDA ALVERNIA
Especialidad: ENFERMERA(O) JEFE

ORDENES POST QUIRURGICAS 15/08/2023 08:28:00

Diagnosticos

O829 PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION — Tipo: Impresión Diagnóstica

PLAN

1. TRASLADO A SALA AL RECUPERAR LUEGO A HOSPITALIZACION
2. NVO POR 6 HORAS
3. LEV LR A 100 CC HORA, SSN 0.9% 500 CC OXITOCINA 10 UND I.V TRANSOPERATORIO LUEGO 40 UI PASAR EV EN 4 HORAS
4. CEFALOTINA 1 GR EV/ 8 HORAS
5. DICLOFENAC SODICO 75 MG EV/ 12 HORAS
6. DIPIRONA 1 GR EV/ 6 HORAS
7. VIGILAR TONO Y SANGRADO UTERINO
8. AVISAR CAMBIOS

ORDENES RN:
1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA
2. VIGILAR SUCCION
3. VITAMINA K AMP. APLICAR IM AHORA
4. PROFILAXIS OFTALMICA
5. INICIAR ESQUEMA VACUNACION
6. VAL POR PEDIATRIA
7. SS HEMOCLASIFICACION Y TSH NEONATAL
8. CSV-AC

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA
	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) NEONATAL
PATOLOGIA	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO
	TROMPAS DE FALOPIO

YOLIMA ISABEL RUIZ LOPEZ
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Registro Profesional: 3367

NOTA JEFE ENFERMERIA 15/08/2023 09:45:00

NOTA JEFE ENFERMERIA

10:00 SE TRASLADA EN CAMILLA CON BARANDAS ALTAS POP DE CESAREA+ POMEROY, EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, NORMOCEFALO SIN MASAS, NEUROLOGICO SIN SEDACION, CONSCIENTE Y ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS, SIN SOPORTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, MUCOSA ORAL HUMEDA, AUN SIN PROBAR VIA ENTERAL, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO MEGALIAS, TORAX SIMETRICO CON ELASTICIDAD Y EXPANSIBILIDAD BILATERAL CONSERVADA, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN AGREGADOS PATOLOGICOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDIACOS EN RITMO SINUSAL, SIN SOPLOS AUDIBLES, MIEMBROS SUPERIORES SIN EDEMAS, CON ACCESO VENOSO PERIFERICO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA, PERISTALSIS POSITIVA, FLATOS PRESENTES, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO Y CARACTERISTICAS FEMENINAS, DIURESIS POR SONDA VESICAL, ELIMINANDO 50 ML DE ORINA DE ASPECTO COLURICA Y RETIRO DE SONDA VESICAL CON PREVIOS EJJERCICIOS VESICALES, MIEMBROS INFERIORES SIN EDEMAS, RESTO DE PIEL INTEGRA. SE HACE ENTREGA DE CASO A JEFE DE SERVICIO ISABEL EN TURNO, FAMILIARES INFORMADOS SOBRE CONDICION CLINICA ACTUAL.

GREESSLY ALEJANDRA PEÑARANDA ALVERNIA
Especialidad: ENFERMERA(O) JEFE

VALORACION DIARIA POSTQUIRURGICA 15/08/2023 09:57:00

Diagnosticos

O829 PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION — Tipo: Impresión Diagnóstica

SUJETIVO

ADUCE LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO EN SITIO OPERATORIO

EXAMEN FISICO

PACIENTE ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA TOLERANDO LA VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE
EX.FISICO:
CCC: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS
C/P: TORAX SIMETRICO MAMAS SIMETRICAS TURGENTES CON ADECUQADA SECRECION LACTEA, Rs Cs Rs SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD INFRAUMBILICAL DE BUEN TONO, HERIDA QX EN BUEN ESTADO SIN SECRECION CON LEVE DOLOR EN HIPOGASTRO.
GENITOURINARIO: SANGRADO VAGINAL ESCASO, LOQUIOS SEROHEMATICOS.
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, SIN EDEMA.
SNC: SIN DEFICIT APARENTE.

REPORTE DE PARACLINICOS

-

ANALISIS

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS CON POST OPERATORIO INMENDIATO DE CESAREA MAS POMEROY PROGRAMADA QUIEN REQUIERE HOSPITALIZACION PARA MANEJO CON ATB Y ANALGESIA E.V VIGILANCIA DE LA HERIDA QX, CONTROL DE TONO Y SANGRADO UTERINO.

PLAN

HOSPITALIZACION
NADA VIA ORAL POR 6 HORAS
IGUAL MENEJO MEDICO
CSV Y AC

ORDEN DE MEDICAMENTOS

IGUALES ORDENES MEDICAS

YOLIMA ISABEL RUIZ LOPEZ
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Registro Profesional: 3367

NOTA DE ENFERMERIA 15/08/2023 10:45:00

NOTA ENFERMERIA

11:00 RECIBO DEL SERVICIO DE CIRUGIA FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD, RECUPERADA DE LOS EFECTOS DE ANESTESIA, CONSCIENTE, ORIENTADA, EN TIEMPO Y ESPACIO, TOLERANDO EL MEDIO AMBIENTE AFEBRIL HIDRATADA, EN POSICION SEMIFOWLER CON TAPABOCAS PERMANENTE, CON DIAGNOSTICO: POSQUIRURGICO DE CESAREA MAS POMEROY, AL EXAMEN FISICO CON NORMOCEFALO CUERO CABELLUDO SANO, OIDOS NORMOCONFIGURADOS, OJOS NORMOREACTIVOS A LA LUZ PUPILAS ISOCORICAS, FOSAS NASALES HUMEDAS MUCOSA ORAL HUMEDA, CON CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO, MAMAS BLANDAS SECRETANTES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO, CON HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON GASA MAS MICROPORE, CON BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, CON VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO VENA RADIAL CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES PASANDO SOLUCION SALINA A 500CC+ 5 UNIDADES DE OXITOCINA A 12CC/HORA, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, LEVE DIFICULTAD PARA LA MARCHA, CON MEDIDAS ANTITROMBOTICAS CON VENDAJE ELASTICO, ELIMINACION ESPONTANEA, TRATAMIENTO ORDENADO, SANGRADO VAGINAL NORMAL, RECIEN NACIDO EN ESTABLES CINDICIONES GENERAES TOLERA EL SENO MATERNO BUEN REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUSION CLAMP UMBILICAL LIMPIO, SE INDUCE LACTANCIA METERNA EXCLUSIVA, SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN, SE UBICA EN UNIDAD, SE BRINDA EDUCACION Y MEDIDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL, PACIENTE CON ESCALA DE DOWNTON (RIESGO DE CAIDAS) RIESGO BAJO, (1), ESCALA DE BRADEN (ULCERAS POR PRESION) SIN RIESGO (19), (PREVENCION DE CAIDAS, BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, TIMBRES PARA LLAMADO ENFERMERIA, MANILLAS RESPECTIVAS DE IDENTIFICACACION DE PACIENTE (BLANCA), REQUERIDAS COMO RIESGO DE CAIDAS (AZUL), ALERGIA (NARANJA), TRASTORNOS PSICOLOGICOS (ROSADA), ETC), Y RECOMENDACIONES COVID 19 (LAVADO DE MANOS CORRECTAMENTE, DESINFECCION DE CELULARES, EQUIPOS PERSONALES QUE SE TENGA CONTACTO, USO DE TAPABOCAS PERMANENTEMENTE, PRECAUSIONES AL TOSER, EVITAR FAMILIAR SI NO ES REQUERIDO). CUIDADOS CON RECIEN NACIDO.

Leidy Rocio Serpa Cruz

LEIDY ROCIO SERPA CRUZ

SOLICITUD SUMINISTRO 15/08/2023 10:51:00

Descripción

MEDICAMENTOS

101. LACTATO RINGER BOLSA X 500 ML

102. DIPIRONA 1 G/2 ML AMPOLLA

ORDENES

Concepto	Servicio
SUMINISTROS Y/O MATERI	BURETROL EQUIPO
	JERINGA DESECHABLE X 3 ML

Leidy Rocio Serpa Cruz

LEIDY ROCIO SERPA CRUZ

NOTA DE ENFERMERIA 15/08/2023 12:45:00

NOTA ENFERMERIA

12:50 QUEDA EN UNIDAD, FEMENINA , DESPIERTA,CONCIENTE ORIENTADA, TOLERANDO EL MEDIO AMBIENTE, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES RECIBIO TRATAMIENTO MEDICO ORDENADO POR LA AUXILIAR CARMEN BALAGUERA, TOLERA VIA ORAL, ELIMINO ORINA CLARA POR SONDA NELATON,SANGRADO VAGINAL NORMAL, AL LADO RECIEN NACIDO VIVO TOLERA LACTANCIA MATERNA, SE ENTREGA AUXILIAR DE TURNO+ JEFE ENTRANTE

LEIDY ROCIO SERPA CRUZ

NOTA DE ENFERMERIA 15/08/2023 13:21:00

NOTA ENFERMERIA

13:00 EN SU UNIDAD PUERPERA ADULTA DE 34 AÑOS DE EDAD, CONSCIENTE, ORIENTADA, EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO, TOLERANDO EL MEDIO AMBIENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, EN POSICION SEMIFOWLER CON TAPABOCAS PERMANENTE, CON DIAGNOSTICO: POSQUIRURGICO DE CESAREA + POMEROY, AL EXAMEN FISICO CON NORMOCEFALO CUERO CABELLUDO SANO, OIDOS NORMOCONFIGURADOS, OJOS NORMOREACTIVOS A LA LUZ PUPILAS ISOCORICAS, FOSAS NASALES HUMEDAS MUCOSA ORAL HUMEDA, CON NORMOCEFALO CUERO CABELLUDO SANO, OIDOS NORMOCONFIGURADOS, OJOS NORMOREACTIVOS A LA LUZ PUPILAS ISOCORICAS, FOSAS NASALES HUMEDAS MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO, MAMAS BLANDAS SECRETANTES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO, CON UTERO EN PERIODO DE INVOLUCION, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON GASA MAS MICROPORE, CON VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO VENA RADIAL, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES PASANDO LACTATO DE RINGER A 100CC HORA, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, NO DIFICULTAD PARA LA MARCHA, ELIMINACION ESPONTANEA, SANGRADO VAGINAL ESCASO, TRATAMIENTO ORDENADO, RECIEN NACIDO ESTABLE CON BUEN TONO MUSCULAR BUEN REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUSION CLAMP UMBILICAL LIMPIO, TOLER AL SENO MATERNO, SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN, SE BRINDA EDUCACION Y MEDIDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL, PACIENTE CON ESCALA DE DOWNTON (RIESGO DE CAIDAS) RIESGO BAJO(1), ESCALA DE BRADEN (ULCERAS POR PRESION) SIN RIESGO, (19), (PREVENCION DE CAIDAS, BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, TIMBRES PARA LLAMADO ENFERMERIA, MANILLAS RESPECTIVAS DE IDENTIFICACION DE PACIENTE (BLANCA), REQUERDIAS COMO RIESGO DE CAIDAS (AZUL), ALERGIA (NARANJA), ETC), Y RECOMENDACIONES COVID 19 (LAVADO DE MANOS CORRECTAMENTE, DESINFECCION DE CELULARES, EQUIPOS PERSONALES QUE SE TENGA CONTACTO, USO DE TAPABOCAS PERMANENTEMENTE, PRECAUSIONES AL TOSER, EVITAR FAMILIAR SI NO ES REQUERIDO). CUIDADOS CON RECIEN NACIDO.
14:00
SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN.

DIASIRA DUARTE GOMEZ

SOLICITUD SUMINISTRO 15/08/2023 14:37:00

Descripción

TTO

MEDICAMENTOS

101. LACTATO RINGER BOLSA X 500 ML

102. CEFALOTINA 1 G AMPOLLA

103. DIPIRONA 1 G/2 ML AMPOLLA

104. DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML AMPOLLA

ORDENES

Concepto	Servicio
SUMINISTROS Y/O MATERI	JERINGA DESECHABLE X 10 ML
	JERINGA DESECHABLE X 3 ML

NADYA DEL PILAR MIER RODRIGUEZ
Especialidad: SIN ESPECIALIDAD
Registro Profesional: 31447

NOTA DE ENFERMERIA 15/08/2023 18:27:00

NOTA ENFERMERIA

18:50 QUEDA PACIENTE EN SU UNIDAD, CONCIENTE, ORIENTADA, TRANQUILA, CON PATRÓN RESPIRATORIO ,CUELLO MÓVIL , EN POSICION DECUBITO DORSAL , SIN COMPLICACION CON TRATAMIENTO COMPLETO DURANTE EL TURNO,CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES ,SE REALIZO LAVADO DE VENA, ** SE CUANTIFICA VOLUMEN DE SANGRADO VAGINAL EN TOALLA HIGIENICA EN TURNO : 30 ML ** ESCASO + BUEN TONO UTERINO + RECIEN NACIDO AL LADO QUIEN TOLERA LA VIA ORAL + EL MEDIO AMBIENTE ENTREGO A AUXILIAR DE TURNO SIN COMPLICACION ESTABLE, CON MEDIDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE MANILLAS BLANCAS Y AZUL, PACIENTE CON ESCALA DE DOWNTON (RIESGO DE CAIDAS) , ESCALA DE BRADEN (ULCERAS POR PRESION), Y RECOMENDACIONES COVID-19 (LAVADO DE MANOS CORRECTAMENTE, DESINFECCION DE CELULARES, EQUIPOS PERSONALES QUE SE TENGA CONTACTO, USO DE TAPABOCAS PERMANENTEMENTE, PRECAUSIONES AL TOSER, EVITAR FAMILIAR SI NO ES REQUERIDO.

DIASIRA DUARTE GOMEZ

REPORTE DE RESULTADOS 15/08/2023 19:00:00

Diagnosticos

O829 PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION — Tipo: Impresión Diagnóstica

Analisis Resultados

HEMOCLASIFICACION O+

PLAN

SEGUIMEINTO POR GINECOLOGIA

DANIELA ROCIO CALVO TRUJILLO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1098809448

NOTA DE ENFERMERIA 15/08/2023 19:19:00

NOTA ENFERMERIA

19:00 RECIBO PACIENTE FEMENINA EN SU UNIDAD DE 34 AÑOS DE EDAD ,CONCIENTE ORIENTADA EN UNIDAD AFEBRIL HIDRATADA, CON PATRÓN RESPIRATORIO,EN POSICION DECUBITO DORSAL,CON DIAGNOSTICO: CESAREA + POMEROY DE 15/06/2023 A LAS 7:30AM , SE OBSERVA CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES EN MIMEBRO USPEIROR IZQUIERDO (RADIAL) PASANDO LACTATO DE RINGER A 100 CENTIMETROS CUBICOS /HORA ,CON TRATAMIENTO MEDICO ORDENADO , SE OBSERVA CON HERIDA LIMPIA Y SECA CUBIERTA CON GASA Y MICROOPORE + SANGRADO VAGINAL ESCASO + BUEN TONO UTERINO + RECIEN NACIDO AL LADO QUIEN TOLERA LA VIA ORAL + EL MEDIO AMBIENTE,SE BRINDA EDUCACION Y MEDIDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL, (PREVENCION DE CAIDAS, BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, TIMBRES PARA LLAMADO ENFERMERIA, MANILLAS BLANCAS Y AZUL, PACIENTE CON ESCALA DE DOWNTON (RIESGO DE CAIDAS) 0-1 RIESGO BAJO, ESCALA DE BRADEN (ULCERAS POR PRESION) 19 SIN RIESGO, RECOMENDACIONES COVID-19 (LAVADO DE MANOS CORRECTAMENTE, DESINFECCION DE CELULARES, EQUIPOS PERSONALES QUE SE TENGA CONTACTO, USO DE TAPABOCAS PERMANENTEMENTE, PRECAUSIONES AL TOSER, EVITAR FAMILIAR SI NO ES REQUERIDO.

SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN.

ANGELICA TATIANA ASCANIO SANJUAN
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

SOLICITUD SUMINISTRO 15/08/2023 19:58:00

Descripción

MEDICAMENTOS

101. LACTATO RINGER BOLSA X 500 ML

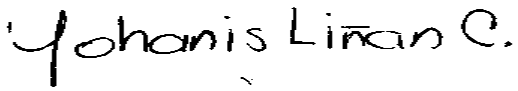
102. CEFALOTINA 1 G AMPOLLA

103. DIPIRONA 1 G/2 ML AMPOLLA

104. DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML AMPOLLA

ORDENES

Concepto	Servicio
SUMINISTROS Y/O MATERI	JERINGA DESECHABLE X 10 ML
	JERINGA DESECHABLE X 3 ML



YOHANIS LIÑAN COSTA
Especialidad: SIN ESPECIALIDAD

NOTA DE ENFERMERIA 16/08/2023 00:24:00

NOTA ENFERMERIA

00:00 SE REALIZA RONDA DE ENFERMERIA SE OBSERVA PACIENTE EN UNIDAD ESTABLE TRANQUILA,DURMIENDO ,SE VERIFICA MEDIDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE MANILLAS BLANCAS Y AZUL, PACIENTE CON ESCALA DE DOWNTON (RIESGO DE CAIDAS) , ESCALA DE BRADEN (ULCERAS POR PRESION).

ANGELICA TATIANA ASCANIO SANJUAN
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

EVOLUCION DIARIA MEDICO GENERAL 16/08/2023 04:29:00

Diagnosticos

O829 PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION — Tipo: Impresión Diagnóstica

Examen Físico

Peso	1.00	Temperatura	36.50	Frecuencia Cardiaca	88.00	Frecuencia Respitaro	15.00
Oximetria	98.00	SAT OXIGENO (O2)%	.00	Sistolica	132.00	Diastolica	85.00

SUJETIVO

DX POP DE CESAREA ´PORMEROY
DOLOR EN LE HERIDA / LOQUIOS ESCASOS

EXAMEN FISICO

PACIENTE BUEN ESTADO GENERAL AFEBRIL HIDRATADA
CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS SIMETRICO.
CARDIOPULMONAR: NORMAL
MAMAS TURGENTES SECRETANTE
ABDOMEN: HERIDA EN BUEN ESTADO BUE N GLBO DE SEGURIDAD DE PINARD
EXTREMIDADES SIN EDEMAS
SNC: NORMAL

ANALISIS

PACIENTE POP DE CESAREA + POMEROY AFEBRIL HERIDA BUEN ESTADO BUENBLOFO DE SEGURIDAD LOQUIOS NORMALES SE DONTINA MANEJO ORITICLARTIO DE SEGURIDAD MATERNA

PLAN

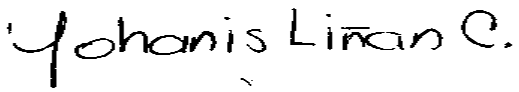
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
L DE RINGER 500 ML A 100 ML HORAS
CEFALOTINA 1 GR IIV CADA 8 HORAS
DICLOFENAC 75 MG IV CADA 12 HRS
DIPIRONA 1 GR IV CADA 6 HRS
CURACIONES DIARIAS
CONTRIOL DE SIGNSO VITALES

ELVIS SAUL GONZALEZ CASTILLO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 703

CURACIONES 16/08/2023 05:11:00

CURACIONES

AFEBRIL HIDRATADA. CON TODO EL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL SE PROCEDE A CURAR DX: CESAREA SE PROCEDE A RETIRAR APOSITOS QUE CUBRE HERIDA, SE OBSERVA HERIDA LIMPIA, SE REALIZA LIMPIEZA BAJO TECNICA ESTERIL CON IRRIGACION DE SOLUCION SALINA AL 0.9 % NORMAL + AGUA OXIGENADA Y GASAS ESTERILES, SE REALIZA DIGITO PRESION NO SALIDA DE NINGUNA SECRESION, NO HAY SIGNOS DE INFECCION DE HERIDA, DOLOR LEVE SE SECA Y SE CUBRE GASAS Y MICROPORE. SE TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. SE BRINDA EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA, AUTOCUIDADO. SE DEJA PACIENTE COMODO EN SU UNIDAD.



YOHANIS LIÑAN COSTA
Especialidad: SIN ESPECIALIDAD

NOTA DE ENFERMERIA 16/08/2023 06:22:00

NOTA ENFERMERIA

05:00AM
SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN

07:00 AM
QUEDA PACIENTE EN SU UNIDAD, CONCIENTE, ORIENTADA, TRANQUILA, CON PATRÓN RESPIRATORIO ,CUELLO MÓVIL ,SIN COMPLICACION CON TRATAMIENTO COMPLETO DURANTE LA NOCHE ,CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES,SE REALIZO BAÑO GENERAL Y ASEO DE LA UNIDAD,BAÑO AL RECIEN NACIDO Y CURACION DEL ONFALO,CON SANGRADO VAGINAL ESCASO + BUEN TONO UTERINO + RECIEN NACIDO AL LADO QUIEN TOLERA LA VIA ORAL + EL MEDIO AMBIENTE ,SE REALIZO CAMBIO DE SABANAS, SE REALIZA CURACION POR JEFE DE TURNO,ENTREGO A AUXILIAR DE TURNO SIN COMPLICACION ESTABLE, CON MEDIDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE MANILLAS BLANCAS Y AZUL, PACIENTE CON ESCALA DE DOWNTON (RIESGO DE CAIDAS) , ESCALA DE BRADEN (ULCERAS POR PRESION), Y RECOMENDACIONES COVID-19 (LAVADO DE MANOS CORRECTAMENTE, DESINFECCION DE CELULARES, EQUIPOS PERSONALES QUE SE TENGA CONTACTO, USO DE TAPABOCAS PERMANENTEMENTE, PRECAUSIONES AL TOSER, EVITAR FAMILIAR SI NO ES REQUERIDO.

ANGELICA TATIANA ASCANIO SANJUAN
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOTA DE ENFERMERIA 16/08/2023 07:19:00

NOTA ENFERMERIA

07:00 EN SU UNIDAD PUERPERA DE 34 AÑOS DE EDAD, CONSCIENTE, ORIENTADA, EN TIEMPO Y ESPACIO, TOLERANDO EL MEDIO AMBIENTE AFEBRIL HIDRATADA, EN POSICION SEMIFOWLER CON TAPABOCAS PERMANENTE, CON DIAGNOSTICO: POSCESAREA + POMEROY, AL EXAMEN FISICO CON CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO, MAMAS BLANDAS SECRETANTES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO, CON HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON GASA MAS MICROPORE, CON BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, CON VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO VENA RADIAL, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES PASANDO LACTATO DE RINGER A 100CC HORA, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, NO DIFICULTAD PARA LA MARCHA, CON MEDIDAS ANTITROMBOTICAS, CON VENDAJE ELASTICO, ELIMINACION ESPONTANEA, SANGRADO VAGINAL NORMAL, TRATAMIENTO ORDENADO, RECIEN NACIDO EN ESTABLES CINDICIONES GENERAES TOLERA EL SENO MATERNO BUEN REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUSION CLAMP UMBILICAL LIMPIO, SE INDUCE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, SE MONITORIZAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN, SE BRINDA EDUCACION Y MEDIDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL, PACIENTE CON ESCALA DE DOWNTON (RIESGO DE CAIDAS) RIESGO BAJO, (1), ESCALA DE BRADEN (ULCERAS POR PRESION) SIN RIESGO (19), (PREVENCION DE CAIDAS, BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, TIMBRES PARA LLAMADO ENFERMERIA, MANILLAS RESPECTIVAS DE IDENTIFICACACION DE PACIENTE (BLANCA), REQUERIDAS COMO RIESGO DE CAIDAS (AZUL), ALERGIA (NARANJA), TRASTORNOS PSICOLOGICOS (ROSADA), TRASTORNOS PSICOLOGICOS (ROSADA), ETC), Y RECOMENDACIONES COVID 19 (LAVADO DE MANOS CORRECTAMENTE, DESINFECCION DE CELULARES, EQUIPOS PERSONALES QUE SE TENGA CONTACTO, USO DE TAPABOCAS PERMANENTEMENTE, PRECAUSIONES AL TOSER, EVITAR FAMILIAR SI NO ES REQUERIDO). CUIDADOS CON RECIEN NACIDO.
08:00
SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN

YENIFER RIZO
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

VALORACION DIARIA POSTQUIRURGICA 16/08/2023 09:49:00

Diagnosticos

Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	Tipo: Impresión Diagnóstica
O829	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	Tipo: Impresión Diagnóstica

SUJETIVO

MANIFIESTA SENTIRSE BIEN, CONCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRIL, DEAMBULACION +. TOLERA VIA ORAL, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR.

EXAMEN FISICO

CCC: NORMOCEFALO, MOH, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS SIMETRICO.
CARADIOPULMONAR: NORMAL
MAMAS: SECRETANTES, NO DOLOROSAS
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, BOLO DE SEGURIDAD CONTRAIDO, UTERO INFRAUMBILICAL DE BUEN TONO. HERIDA QXCA LIMPIA, SIN SIGNOS DE HEMATOMA O INFECCION, NO SIGNOS PERITONEALES.
GU: LOQUIOS HEMATICOS FISIOLOGICOS. NO FETIDOS, DISURIA +.
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, SIN EDEMA.
SNC: NORMAL
RN: VIVO

REPORTE DE PARACLINICOS

.

ANALISIS

FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G3C3 EN SU PUERPERIO MEDIATO DE POP CESAREA + POMEROY, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, BUENA MODULACION DEL DOLOR, DEAMBULACION +, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE INFECCION NI HEMATOMAS. QUIEN SE ENCONTRABA CUMPLIENDO PROTOCOLO DE MATERNIDAD SEGURA INSTITUCIONAL, LA CUAL SE LE DARA EGRESO CON MANEJO ABULATORIO Y RECOMENDACIONES. SE LE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN

1. SALIDA
2. FORMULA MEDICA
* CEFRADINA TAB 500MG, 500MG VO CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS.
* ACETAMINOFEN TAB 500MG, 500MG VO CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS.
* IBUPROFENO TAB 400MG, 400MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS SI DOLOR.
* SULFATO FERROSO TAB, 1 TAB VO CADA DIA POR 30 DIAS.
3. CONTROL EN 3 DIAS 1er NIVEL
4. LICENCIA DE MATERNIDAD
5. CITA CON GINECOLOGIA EN 5 DIAS.
6. CITA CON PEDIATRIA EN 5 DIAS PARA COTROL DEL RN.
7. RECOMENDACIONES GENERALES.
- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PRIMEROS 6 MESES.
- ACUDIR AL PRIMER NIVEL EN 3 DIAS MEDICO GENERAL PARA CONTROL DEL PUERPERIO.
- ACUDIR A I NIVEL MEDICO GENERAL EN 10 DÍAS PARA RETIRO DE PUNTOS.
- CURACIONES DIARIAS POR 10 DÍAS EN I NIVEL.
- CITOLOGÍA EN 4 MESES.
- RECLAMAR RESULTADO DE TSH Y HEMOCLASIFICACIÓN NEONATAL EN 15 DÍAS EN CEMA.
- CURACIÓN DEL OMBLIGO 3 VECES AL DÍA CON AGUA OXIGENADA.
- PUERICULTURA BÁSICA.
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA ADECUADA.
- FORTALECIMIENTO DE VÍNCULOS AFECTIVOS (LA AUTOESTIMA, EL AUTOCUIDADO)(Importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna temprana).
- SE ENTREGA REGISTRO DE NACIDO VIVO - ACUDIR A REGISTRADURÍA PARA Registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- SE RESALTA LA NECESIDAD DE DOBLE PROTECCIÓN CON ANTICONCEPTIVO (CONDON) EVITANDO LA TRANSMISIÓN DE VIH/SIDA Y OTRAS ITS.
* SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS:
- Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia.
- Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia.
- Fiebre.
- Sangrado genital abundante.
- Dolor en hipogastrio, vómito, diarrea.
- Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos.
- Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal).
- Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa).
- Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor).
- Dolor o hinchazón en las piernas.
- Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido.

ORDEN DE MEDICAMENTOS

.

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

101. CEFRADINA 500 MG TABLETA
1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS
102. ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA
1 TABLETA CADA 6 HORAS POR 5 DIAS
103. IBUPROFENO 400 MG TABLETA
1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
104. SULFATO FERROSO TABLETA ORAL 300 MG
1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 30 DIAS

ORDENES

Concepto	Servicio
HONORARIOS MEDICOS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
	CITA CONTROL DEL RECIEN NACIDO EN 5 DIAS
	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
	CITA CONTROL EN 5 DIAS
	CONSULTA PRIMERA VEZ MEDICINA GENERAL
	CITA CONTROL DEL PUERPERIO EN 3 DIAS EN I NIVEL
ORDENES DE APOYO	CURACIONES
	DIARIAS POR 10 DIAS EN I NIVEL POR PERSONAL CAPACITADO
	RETIRO DE PUNTOS
	EN 10 DIAS EN I NIVEL POR PERSONAL CAPACITADO

CARLOS ALBERTO RIOS CHAVEZ
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Registro Profesional: 20-2690/99

EPICRISIS 16/08/2023 09:58:00

Diagnosticos

Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	Tipo: Impresión Diagnóstica
O829	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	Tipo: Impresión Diagnóstica

RESUMEN DE ESTANCIA

BUENAS CONDICIONES GENERALES.

Conducta Urgencias **Alta de Hospitalizacion**
Estado a la Salida **Vivo**

CARLOS ALBERTO RIOS CHAVEZ
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Registro Profesional: 20-2690/99

NOTA DE ENFERMERIA 16/08/2023 10:06:00

NOTA ENFERMERIA

09:49 PACIENTE ES VALORADA POR EL GINECOLOGO DOCTOR CARLOS RIOS
QUIEN ORDENA EGRESO, SE LIQUIDA HISTORIA CLINICA SE ENTREGA FOTOCOPIA DE EPICRISIS + FORMULA MEDICA + RECOMENDACIONES IAMI + LACTANCIA MATERNA + CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA + CITA CONTROL DEL RECIEN NACIDO EN 5 DIAS + CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA CITA CONTROL EN 5 DIAS +
CONSULTA PRIMERA VEZ MEDICINA GENERAL,SE RETIRAN LIQUIDOS ENDOVENOSOS, EGRESA EN SILLA DE RUEDAS SIN COMPLICACION CON RECIEN NACIDO EN BRAZOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR

YENIFER RIZO
Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Declaración previa de voluntad para la atención médica

1. Mediante este documento, yo, Viviana Yasid Archila Landero (escriba su nombre completo a máquina o con letra legible), expongo mis instrucciones en materia de salud y designo a un representante para la atención médica que decida por mi en caso de hallarme incapacitado(a).

2. Soy Testigo de Jehová y **NO ACEPTO TRANSFUSIONES de sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma** bajo ningún concepto, aunque el personal médico las crea necesarias para salvarme la vida (Hechos 15:28, 29). También me niego a que me extraigan sangre para almacenarla y transfundirla posteriormente (Artículos 13, 16, 18, 19, 49 de la Constitución Política de Colombia; Artículo 50, Decreto 1571 de 1993, del Ministerio de Salud; Artículo 182 del Código Penal Colombiano).

3. **Prolongación de la vida:** [ponga sus iniciales en una de las dos opciones]
   a) _____ No deseo que prolonguen mi vida si, a un grado razonable de certeza médica, me encuentro en fase terminal.
   b) VYAL Deseo que prolonguen mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas médicas generalmente aceptadas, aunque esto signifique que tal vez se me mantenga vivo(a) con la ayuda de máquinas durante años.

4. **Información importante y otras instrucciones** (medicación actual, alergias, problemas de salud, o cualquier otro comentario sobre mis deseos relativos a la atención médica). Dispongo que:

5. No autorizo a nadie (ni a mi representante) a que pase por alto o anule las instrucciones aquí expuestas. Puede que mi familia inmediata o ciertos parientes o amigos discrepen de mi postura, pero ello no le resta fuerza o solidez a mi rechazo de la sangre ni a las demás instrucciones que he dado.

6. Además de los asuntos tratados hasta aquí, designo a la persona mencionada al final para que sea mi representante y tome decisiones por mí en materia de salud. Le otorgo pleno poder y autoridad para aceptar o rechazar tratamientos en mi nombre (incluidas la alimentación y la hidratación artificiales), consultar a mis médicos, recibir copias de mi historial médico y emprender acción judicial a fin de que se respeten mis deseos. Si mi representante no está localizable, no puede o no desea actuar como tal, designo a un representante sustituto para que actúe con el mismo poder y autoridad.

(Firma *) 11-04-2018 (Fecha)

M2 C Casa 16 ETAPA 2 Ciudadela de la Paz-Aguachica (Dirección)

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Y RECONOCIMIENTO
NOTARIO ÚNICO DEL CIRCULO AGUACHICA - CESAR
El Suscrito Notario Certifica
Que el anterior escrito dirigido a: interesado
Fue presentado personalmente por: Viviana Yasid Archila Landinez
Identificado con C.C. No. 1093746652 los Patios
quien(es) declara(n) que su contenido es cierto y que la (s) firma (s) que aparece(n) en el mismo es (son) suya (s)
Firma y Huella
Aguachica - Cesar 11 ABR. 2018
Notario Único

NOTARIO UNICO AGUACHICA - CESAR

(Espacio para sellos y firmas de autenticación ante un notario público)

REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA*

Nombre: Martín Alonso Amaya
Dirección: M2 C casa 16 ET 2
Ciudadela de la Paz - Aguachica
Teléfono(s): 3023410810 - 3126852751

REPRESENTANTE SUSTITUTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA*

Nombre: Daniel Castro Penzón
Dirección: Carrera 10A # 17-46
Barrio El Paraiso - Aguachica
Teléfono(s): 3163208179

* **Nota:** Antes de firmar la tarjeta DPA, llénela por completo (lo que incluye los nombres, direcciones y números de teléfono de sus representantes para la atención médica). Puede elegir a cualquier adulto para que sea su representante, pero no es recomendable que elija a su médico, ni a nadie que trabaje para él, ni a ningún miembro del personal del hospital o de la residencia de ancianos donde pudiera ingresar, a menos que tal persona sea su cónyuge o un pariente consanguíneo, o que exista una relación de adopción.

Declaración previa de voluntad para la atención médica
(Documento firmado en el interior)

NO ACEPTO SANGRE

FORMATO DE REGISTRO CLÍNICO PARA LA SEGURIDAD EN LA VENOPUNCIÓN

CEMA Clínica de Especialistas María Auxiliadora S.A.S.

CÓDIGO: FO-GR-11.75
VERSIÓN: 03

No. De Registro: 30106 — Fecha: 15-08-23 — Turno: M___ T___ N ✓

Nombre del Paciente: [illegible] Archila Landinez — Edad: 34a

Sexo: F — Peso: 76 — Talla: 152 — Aseguradora: [illegible]

Servicio: Hosp G.O — Diagnóstico: G2 C [illegible] 38,3 — No. De Cama: ______

MEDIDAS DE SEGURIDAD

1. De acuerdo con la norma se debe utilizar un cateter periférico por punción y minimizar a dos (2)el numero de intentos.
2. En caso de Pacientes pediátricos, adultos mayores o con venas de difícil acceso, solicitar que realice la punción la persona con más experiencia.
3. Evitar instalar cateter periférico en zonas Bifurcadas o de FLEXIÓN.
4. Realizar procedimiento con técnica aséptica y el uso de medidas universales de seguridad.
5. Realizar la punción en el miembro contrario al sitio quirúrgico.
6. Cubrir el cateter antes del baño del Paciente.

	VERIFIQUE	SI	NO
1	Indicación Médica		
2	Preparo la solución preescrita con técnica aséptica	✓	
3	Paciente correcto	✓	
4	Catéter correcto	✓	
5	Sitio anatómico correcto	✓	
6	Asepsia en el sitio correcto	✓	
7	Brindó información clara al Paciente y/o familiar del procedimiento a realizar.	✓	

	VALORE	SI	NO	REGISTRE	MSD/MID	MSI/MII
1	Venas delgadas		✓	Sitio de punción		
2	Vanas Tortuosas		✓	Antebrazo		
3	Multipunciones previas		✓	Brazo		
4	Hipotermia		✓	Pierna		
5	Paciente Anticogulado		✓	Tobillo		
6	Edema		✓	Plieque		
7	Tejido Adiposo abundante		✓	Dorso		
8	Piel delgada		✓	Otro		
9	Piel gruesa		✓	Cuál? Radial		✓
10	Venas Escleroticas					

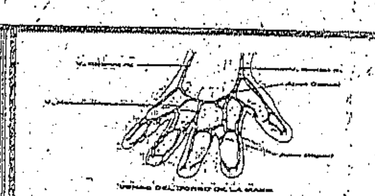
Se instalo correctamente? Si — NUMERO DE CATETER: 18

OBSERVACION:

Se procede a realizar venopunción con previa asepsia y antisepsia con abocath N18 en miembro superior izquierdo en radial sin complicaciones se administran líquidos q se fija y rotula

Nombre del Enfermera(o) que Punciono: [illegible]

Nombre del Enfermera(o) responsable del servicio: [illegible]



Realizado por: Jefe de Calidad
Fecha de Emisión: 12/07/2018

Revisado por:
Subdirección Administrativa

Aprobado por:
Dirección

GEMA

FORMATO DE SEGUIMIENTO ACTIVO DEL POSTPARTO

CÓDIGO: FO-[illegible]
VERS[illegible]

SEGUIMIENTO ACTIVO DEL POSPARTO PARA LA MADRE Y DEL RECIÉN NACIDO

Realice evaluación general y masaje uterino cada 15 minutos en las primeras dos horas pos alumbramiento y registrelo

Paciente: Viviana Yaso Agacha (Andoke) Documento: 1097746652 Aseguradora: Famisanar

Hora de alumbramiento: 7+30 Fecha: Peso: 3215

Hora	Sensorio	Perfusión	Pulso	PA	Sangrado	Tono Uterino	Responsable
7:30	SC	Normal	77	103/63	100ml	Fuerte	Rosa J
7:45	SC	Normal	66	90/45	50ml	Fuerte	Rosa J
8:00	SC	Normal	88	103/53	30ml	Fuerte	Rosa J
8+15	SC	Normal	92lpm	116/58	30cc	F	Grup
8+30	SC	Normal	92lpm	124/57	25cc	F	Grup
8+45	SC	Normal	91lpm	139/65	20cc	F	Grup
9+00	SC	Normal	100lpm	125/67	15cc	F	Grup
9+15	SC	Normal	110lpm	120/62	15cc	F	Grup
9+30	SC	Normal	100lpm	118/65	3cc	F	Grup

Detección del choque hipovolémico		Asuma conducta con un solo criterio de gravedad		
Signo	Compensado 500-1.000 ml	Leve 1.001-1.500 ml	Moderado 1.501-2.000 ml	Severo 2.001-3.000 ml
Sensorio	Sin cambio	Normal o agitada	Agitada	Letargica
Perfusión	Normal	Palidez, Frialdad	Pálida sudorosa	Llenado capilar > 3 seg
Pulso	60-90	91-100	101-120	> 120
PA Sistólica	Sin cambios	80-90	70-79	<70
Conducta	Continúe vigilancia	Active el código rojo Inicie con 2000 cc de solución salina y continúe la reposición		

Tono uterino:

Firme (F): útero endurecido, globo de seguridad positivo

Relajado (R) : Relajado (R): útero blando, globo de seguridad negativo

Realice la evaluación del recién nacido cada que evalúe a la madre y regsitre mínimo cada hora en las primeras dos horas posparto

Hora	Repiración o llanto	F.C	Color	Succión	Temperatura		Responsable
7+30	+++	120lpm	R	+	Normal		Grup
8+00	+++	115lpm	R	+	Normal		Grup
8+30	+++	112lpm	R	+	Normal		Grup
9+00	+++	116lpm	R	+	Normal		Grup

Signo	Asuma conducta con un solo criterio de gravedad		
Respiraciones o llanto	Fuerte (+++)	Débil (++)	Ausente (-)
Frecuencia cardiaca	≥100	<100	Ausente (-)
Color	Rosado	Cianosis periférica	Cianosis generalizada
Temperatura	Normal	Febril	Hipotérmica
Conducta	Continúe vigilancia	Llame al médico	Inicie resucitación

Recuerde estos otros signos de alarmas para llamar al médico o reanimar:

- Si el bebé no succiona (no se alimenta)
- Si presenta sialorrea (babea) o vómito persistentes
- Si está hipotónico (no se mueve o no reacciona a estímulos)
- Si presenta ictericia precoz (aparición e menos de 24 horas)
- Si presenta hipo o hipertermia (cambios en temperatura)
- Si presenta temblores continuos sin estímulo evidente (convulsiones)

Ponga a lactar al bebé en el posparto inmediato, a libre demanda o mínimo cada 2 - 3 horas si no lo pide. Verifique el adecuado procedimiento de lactancia.

Elaborado por: Jefe de Calidad
Fecha de Emisión: 7 de Junio de 2018

Revisado por: Subdirección Administrativa

Aprobado por: Direcció[illegible]

CEMA
Clínica de Especialistas
María Auxiliadora S.A.S.

LISTA DE VERIFICACIÓN CIRUGÍA SEGURA

CÓDIGO: FO-GA-6.67
VERSIÓN: 02

FECHA: 15/08/2023 **NOMBRE:** VIVIANA YASO ARCHIA (ANONEZ) **Nº D.I.:** 1043746652
EDAD: 34 **EPS:** FOSCAL **PROCEDIMIENTO:** CESAREA + POMERUY **SALA:** 1

ENTRADA

EL PACIENTE HA CONFIRMADO

- Su identidad ☑
- El sitio quirúrgico ☑
- El procedimiento ☑
- Su consentimiento ☑

DEMARCACIÓN EL SITIO / NO PROCEDE ☑

SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA ☑

PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO ☑

¿TIENE EL PACIENTE?

¿ALERGIAS CONOCIDAS?

NO ☑
SI ☐

¿VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?

NO ☑
SI, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible ☐

¿RIESGO DE HERMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?

NO ☑
SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados ☐

PAUSA QUIRÚRGICA

CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN ☑

CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:

- La identidad del paciente ☑
- El sitio quirúrgico ☑
- El procedimiento ☑

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

EL CIRUJANO REVISA: los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista ☑

EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA: si el paciente presenta algún problema específico ☑

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos ☑

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SI ☑
NO procede ☑

¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

SI ☐ NO procede ☑

SALIDA

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO: ☑

EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO

QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN) ☑

EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) ☑

SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS ☑

EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ☑

Firma del Cirujano: [signature]

Firma del Anestesiólogo: [signature]

Firma de la Instrumentadora: [signature]

Firma de la Rotadora de sala: [signature]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS

CÓDIGO: FO-GA-6.68
VERSIÓN: 01

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

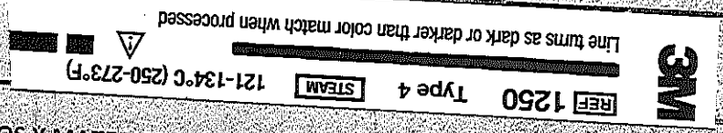
NOMBRE DEL PACIENTE: [illegible] ARCHILA [illegible] EDAD: 34 Años
ASEGURADORA: Fosca1 No DE DOCUMENTO: 1093746652
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: CESAREA + [illegible]
CIRUJANO: Yolima Ruiz ANESTESIOLOGO: Rebolledo
AYUDANTE: Dr. Anderson AUXILIAR DE SALA: Ruby
QUIROFANO No. 1 [P] QUIROFANO No. 2 [ ]

DESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

PAQUETE DE ROPA: TELA [X] DESECHABLE [ ]

INDICADOR QUIMICO:

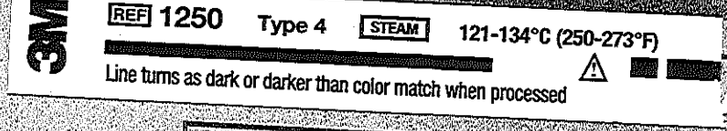
3M REF 1250 Type 4 STEAM 121-134°C (250-273°F)
Line turns as dark or darker than color match when processed



EQUIPOS Y MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

1 Equipo Cesarea #2

3M REF 1250 Type 4 STEAM 121-134°C (250-273°F)
Line turns as dark or darker than color match when processed



2

3

4

RECUENTO DE MATERIALES Y DISPOSITIVOS

COMPRESAS: 13 GASAS: 5 ROLLOS: X
MECHAS: X AGUJAS: 6 INSTRUMENTAL: 1 MANIS: X

OBSERVACIONES

- Recuento completo.
- Se envia muestra a patologia (1) Trompa F. Derecha.

FIRMA DE LA INSTRUMENTADORA: [illegible] A Salazar B.

303106

CEMA HOJA DE GASTOS

PACIENTE: [illegible] FECHA: 15/09/17
PROCEDIMIENTO: [illegible] EPS: [illegible] EDAD: 34 Años
ANESTESIOLOGO: [illegible] CIRUJANO: [illegible]
AUX. CIRCULANTE: [illegible] AYUDANTE: Anderson INSTRUMENTADORA: [illegible]
HORA INICIO: 7:27 HORA TERMINA: 8:05

MEDICAMENTOS

PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTR	PRE	POS
Acido tranexamico	500 mg/5 mL		
Adrenalina	1 mg/mL		
Atropina	1 mg/mL		
Bicarbonato de sodio	10 mEq/10 mL		
Bromuro de rocuronio	50 mg/5 mL		
Bupivacaina	0,50%		
Bupivacaina con dextrosa	0,50%		1
Bupivacaina con epinefrina	0,50%		
Cefalotina	1 g		
Clindamicina	600 mg/4 mL		
Cloruro de sodio	0,9% x 500 mL		4
Cloruro de sodio	0,9% x 250 mL		
Quelicin	1000 mg/10 mL		
Dexametasona	8 mg/2 mL		1
Diclofenaco	75 mg/3 mL		1
Dipirona sódica	1 g/2 mL		2
Etilefrina	10 mg/mL		
Fentanilo	500 mcg/10 mL		
Furosemida	20 mg/2 mL		
Gentamicina	80 mg/2 mL		
Gentamicina	160 mg/2 mL		
Hidrocortisona	100 mg		
Ketamina	500 mg/10 mL		
Lactato de Ringer	Estandar x 500 mL		
Lidocaina con epinefrina	1%		
Lidocaina con epinefrina	2%		
Lidocaina Jalea	2%		
Lidocaina sin epinefrina	1%		
Lidocaina sin epinefrina	2%		
Metoclopramida	10 mg/2 mL		
Midazolam	15 mg/3 mL		
Misoprostol	200 ug		
Morfina	10 mg/mL		
Naloxona	0,4 mg/mL		
Neostigmina	0,5 mg/mL		
Oximetazolina	0,025%		
Oximetazolina	0,05%		
Propofol	1%		
Ranitidina	50 mg/2 mL		
Remifentanilo	2 mg		
Sevoflurano	100%		
Succinato de gelatina (Gelofusin)	20 g/500 mL		
Tramadol	50 mg/mL		1
Vitamina K	1 mg/0,5 mL		1

MATERIAL DE CURACION

PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTR	PRE	CANT
Alcohol etílico	70%		
Equipo Buretrol			
Mercuriocromo	2%		
Micropore			
Nitrofurazona	0,2 g/100 g		
Agua Oxigenada	6 g/100 mL		
Yodopovidona Espuma	10 g/100 mL		
Yodopovidona Solucion	8 g/100 mL		

DISPOSITIVOS MEDICOS

INSUMO		PRE	CANT
Aguja espinocan N° 27G			1
Aguja espinocan N° 25G			

DISPOSITIVOS MEDICOS

INSUMO	PRE	CANT
Catéter epidural N° 18G		
Cateter intravenoso 14G		
Cateter intravenoso 16G		
Cateter intravenoso 18G		
Cateter intravenoso 20G		
Cateter intravenoso 22G		
Cateter intravenoso 24G		
Cistoflo		
Compresas de laparatomia		
Cuchilla de bisturi N° 11		
Cuchilla de bisturi N° 15		
Cuchilla de bisturi N° 20		1
Drenes penrose 1/4" x 17"		
Drenes penrose 3/4" x 17"		
Electrodo adulto		3
Equipo de transfusión de sangre		
Equipo en Y Tur para irrigación		
Equipo macrogoteo		
Equipo microgoteo		
Especulo Vaginal sin kit		
Esponja gelatinosa hemostática absorbible		
Estoquinete 4"		
Extensión para venoclisis		
Fixomull 15 cm x 10 cm Strecht		
Gasa con tira radiopaca		
Guante esteril 6.0		
Guante esteril 6.5		3
Guante esteril 7.0		3
Guante esteril 7.5		2
Guante esteril 8.0		1
Jeringa de 1 mL		1
Jeringa de 10 mL		
Jeringa de 20 mL		
Jeringa de 3 mL		5
Jeringa de 5 mL		1
Jeringa de 60 mL punta de catéter		
Lapiz de electrobisturi		1
Malla de prolene 30 x 30		
Placa de electrobistury		1
Recolector de orina		1
Sistema de drenaje toracico Pleur-Evac)		
Sonda folley 16 de dos vias		
Sonda folley 20 de dos vias		
Sonda folley 20 de tres vias		
Sonda folley 22 de dos vias		
Sonda folley 22 de tres vias		
Sonda folley 24 de dos vias		
Sonda folley 24 de tres vias		
Sonda nasogastrica N° 18		
Sonda nasogastrica N° 20		
Sonda nelaton N° 10		1
Sonda nelaton N° 12		
Sonda nelaton N° 14		
Sonda nelaton N° 18		
Sonda nelaton N° 8		
Tubo endotraqueal 4.5 sin balón		
Tubo endotraqueal 5.0 con balón		
Tubo endotraqueal 5.5 con balón		
Tubo endotraqueal 6.5 con balón		
Tubo endotraqueal 7.0 con balón		
Tubo endotraqueal 7.5 con balón		

DISPOSITIVOS MEDICOS

INSUMO	PRE	CANT
Tubo endotraqueal 8.0 con balón		
Venda de algodón 3 x 5		
Venda de algodón 4 x 5		
Venda de algodón 5 x 5		
Venda de algodón 6 x 5		
Venda de yeso 3 x 5		
Venda de yeso 4 x 5		
Venda de yeso 5 x 5		
Venda de yeso 6 x 5		
Venda elástica 3 x 5		
Venda elástica 4 x 5		
Venda elástica 5 x 5		
Venda elástica 6 x 5		

SUTURAS

INSUMO	PRE	CANT
Cera Osea		
Ethilon 2-0 KS		1
Ethilon 3-0 KS		
Cromado 0 CT-1		1
Cromado 0 SH		
Cromado 1-0 36 mm x 70 cm CT-1		
Cromado 2-0 26 mm x 70 cm SH		
Cromado 2-0 36 mm x 90 cm CT-1		
Cromado 3-0 36 mm x 90 cm CT-1		
Cromado 3-0 26 mm x 70 cm SH		
Cromado 4-0 17 mm x 70 cm SH		
Ethilon 2-0 SC		
Ethilon 3-0 SC		
Ethilon 4-0 SC		
Ethilon 5-0 SC		
Ethilon 6-0 SC		
Prolene 0 CT-1		
Prolene 0 SH		
Prolene 1 CT-1		
Seda 0 SA sutupak		
Seda 0 SH		1
Seda 1 sutupack		
Seda 1-0 SH		
Seda 1 CT-1		
Seda 2-0 SA		
Seda 2-0 SH		
Seda 3/0 - 75 cm CSA		
Seda 3-0 SH		
Vicryl 0 CT-1		
Vicryl 0 SH		
Vicryl 1 CT-1		2
Vicryl 1 CT-2		
Vicryl 2-0 CT-1		
Vicryl 2-0 SH		
Vicryl 3-0 SH		
Vicryl 3-0 SC		
Vicryl 4-0 RB1		
Vicryl 5-0 RB1		

OTROS

PRINCIPIO ACTIVO/INSUMO	CONCENTR	PRE	CANT
Caucho de succión			1
Oxitocina ampolla	10 UI/mL		2
Metilergometrina ampolla	0,2 mg/mL		
Clam umbilical			1
Canula nasal Oxigeno Adulto			

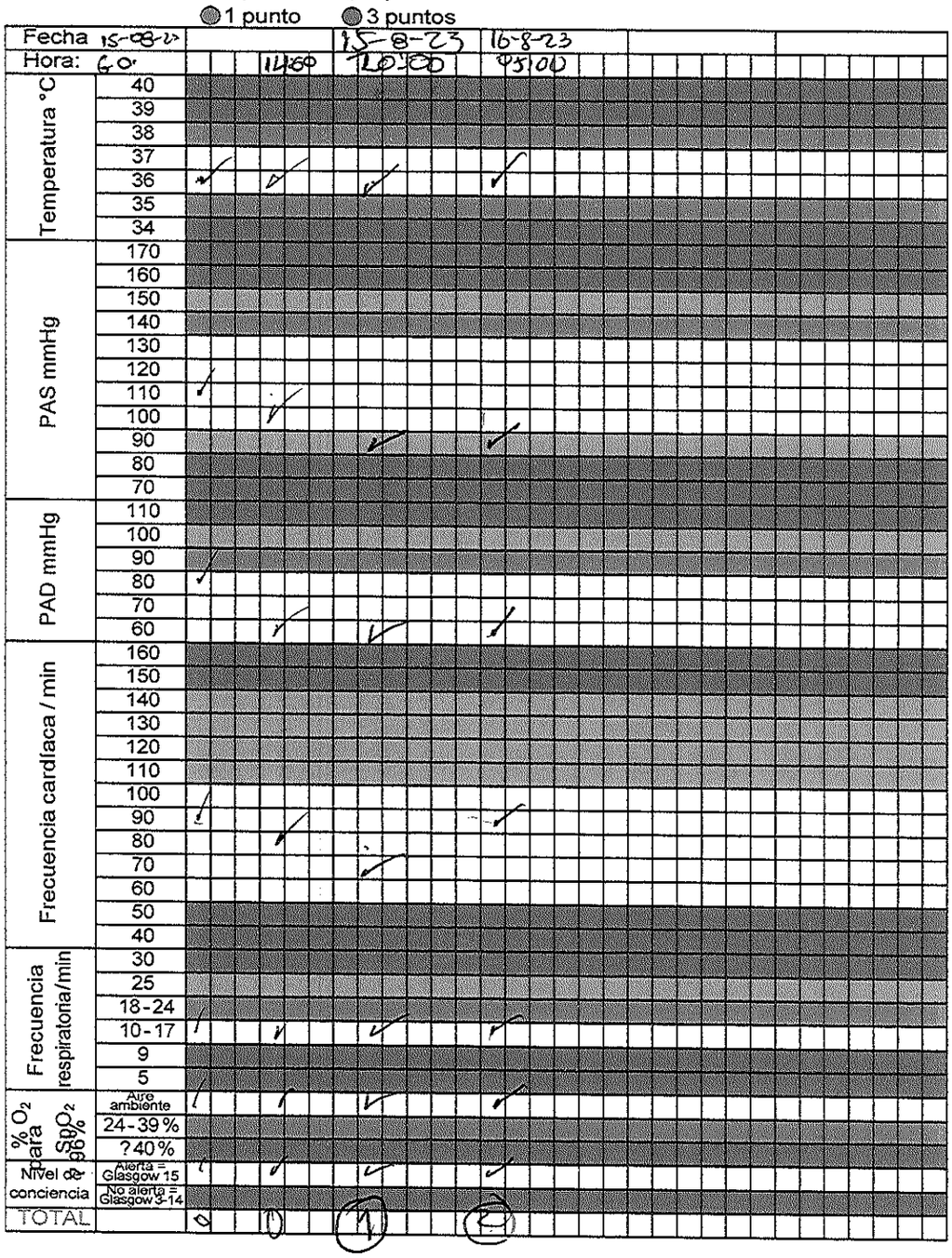
CEMA
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.

SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA OBSTÉTRICO (OEWS) PARA LA PREDICCIÓN DE RESULTADOS ADVERSOS, ADMISIÓN A CUIDADOS CRITICOS Y/O MORTALIDAD MATERNA

Nombre: Viviana Yasid. Archila Andinez

Registro: 303106 **EPS:** Fscal

○ 0 puntos ● 2 puntos
● 1 punto ● 3 puntos



Fecha	15-08-23			15-8-23	16-8-23		
Hora:	6.0		14:00	20:00	05:00		
Temperatura °C	40						
	39						
	38						
	37						
	36	✓	✓	✓	✓		
	35						
	34						
PAS mmHg	170						
	160						
	150						
	140						
	130						
	120						
	110	✓					
	100		✓				
	90			✓	✓		
	80						
	70						
PAD mmHg	110						
	100						
	90						
	80	✓					
	70						
	60		✓	✓	✓		
Frecuencia cardíaca / min	160						
	150						
	140						
	130						
	120						
	110						
	100						
	90	✓			✓		
	80		✓				
	70			✓			
	60						
	50						
	40						
Frecuencia respiratoria/min	30						
	25						
	18-24						
	10-17	✓	✓	✓	✓		
	9						
	5						
% O_2 para SpO_2 96%	Aire ambiente	✓	✓	✓	✓		
	24-39 %						
	?40 %						
Nivel de conciencia	Alerta = Glasgow 15	✓	✓	✓	✓		
	No alerta = Glasgow 3-14						
TOTAL		0	0	1	2		

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.99	VERSIÓN: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA.

8. Asi mismo manifiesto que:

Se me ha informado en lenguaje claro y sencillo, lo que me permitio entender en su totalidad el criterio y los actos del medico.

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, Puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

En tales condiciones.

ACEPTO

Que el Doctor Yolima Isabel Ruiz me realice una **CESÁREA.**

Nombre del Paciente Viviana Yesid Archila C.C. 1093746652

Firma del Paciente

Nombre del Familiar y/ o Acompañante _____ C.C _____

Firma del Familiar y/ o Acompañante _____

Firma del Especialista

Ciudad Ayacucho Fecha: 15-08-22

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, **NIEGO** el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado el procedimiento quirúrgico CESAREA y lo que derive de ella, consciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

_____

FIRMA DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE.

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.92	VERSIÓN: 04
TÍTULO: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA.			

La Paciente Viviana Yarid Archila J de 34 años de edad identificada con C.C. Nº. 1093746652 de Los Patios N/S

Y/o el señor(a) ______ identificado (a) con C.C Nº ______ de ______ En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAMOS:

Que el Doctor YESUMA ISABEL RUIZ VARGAS identificado con CC Nº 52704398 de BOGOTA

Con previo conocimiento de los métodos de planificación familiar brindados mediante consejería por parte del profesional que me atiende, DECIDO en forma libre, voluntaria y consiente planificar mi vida reproductiva con **ANTICONCEPCION QUIRÚRGICA** por tal motivo:

AUTORIZO, y estoy de acuerdo a que se me realice la cirugía de **POMEROY** por paridad COMPLETA Y/O SATISFECHA.

Manifiesto que he RECIBIDO información amplia y práctica de una gama de métodos seguros y efectivos, con el fin de ayudarme.

Además de eso entiendo que existe la AUTO RECANALIZACIÓN TUBÁRICA ESPONTÁNEA en un 0.5 a 1% como mínimo; y que en un futuro existe la posibilidad de recanalización quirúrgica de trompas con un porcentaje de éxito muy bajo e incierto.

Por tal razón **ACEPTO Y AUTORIZO** me sea realizada la **ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA (POMEROY),** en constancia firmo con mi puño y letra:

Nombre del Paciente Viviana Archila C.C. 1093746652

Firma del Paciente ______

Nombre del Familiar y/ o Acompañante ______ C.C ______

Firma del Familiar y/ o Acompañante ______

Firma del Especialista ______ R.M ______

Ciudad: AGUACHICA Fecha: 15/06/2023

ELABORADO POR: Jefe de Calidad	REVISADO POR: Subdirección Administrativa	APROBADO POR: Dirección

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-3.321	VERSIÓN: 03

TÍTULO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DE URGENCIAS.

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Yo Viviana Yasid Archila Landinez en calidad de Paciente, Identificado Doc No. 1093746652 de Los Patios N/S.

Y/o el Señor(a) _____ identificado(a) con C.C No. _____ Representante legal/familiar/acompañante:

Autorizo el manejo y tratamiento intrahospitalario; habiéndoseme brindado toda la información y comprendido que la atención de **URGENCIAS** incluye: administración de medicamentos, canalización, toma de muestras de laboratorio y ayudas diagnósticas (Rx, ecografías, TAC, entre otras), realización de procedimientos y los riesgos atribuibles a los mismos. Declaro estar debidamente informado(a) y habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Médico y/o especialista tratante según lo dispuesto en la Ley 23 de 1981 Art 15 y 16 por lo cual se dictan normas en lo referente a Ética Médica.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Nombre del Paciente: Viviana Yasid Archila L C.C 1093746652

Firma _____

Nombre del Médico y/o Especialista tratante: Shirley T. Sarabia R.M. y Sello: _____

Shirley Tatiana Sarabia Contreras Médico G. C.C. 10659... U. Metropo...ne

Firma Shirley tatiana sarabia

Nombre del Acompañante y/o Familiar _____ C.C No _____

Firma del Acompañante y/o Familiar _____

Ciudad: Ayacucho Fecha: 15-08-23

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, NIEGO el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado ATENCIÓN DE URGENCIAS y lo que derive de ella, consciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

_____

Firma del Paciente y/o Representante Legal *(Anexar huella)*

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.99	VERSIÓN: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA.

Resumen de la Ley 23 de 1981

El/la Paciente Viviana Yasid Archila Landinez de 34 años de edad identificado con C.C. N°. 1093746652 de Los Patios N/S

Y/o el señor(a) _____ identificado (a) con C.C.N° _____ de _____ En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAMOS:

Que el doctor YOLIMA ISABEL RUIZ L. identificado con CC. N° 52704398 de BOGOTA ginecólogo y obstetra con R.M. N°: 3367 me ha explicado la siguiente información sobre la operación CESÁREA.

1. La CESÁREA es una intervención quirúrgica obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal y placentaria por vía abdominal.

2. El hecho de indicar una CESÁREA se debe a que las circunstancias actuales de mi embarazo y/o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo en cuanto al compromiso de la salud o muerte para la madre y el feto y, por lo tanto, no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi futuro hijo y para mí. En mi caso concreto, las indicaciones son:

CESAREA MOTIVADA POR CESAREA ANTERIOR + POMEROY

3. La CESÁREA requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia- y, después de la extracción, atención por pediatría del recién nacido.

4. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales tales como la Histerectomia total o subtotal o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida o la de mi hijo.

Firma del Paciente [signature]	
Documento No. 1093746652	de Los Patios N/S

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.99	VERSIÓN: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA.

5. La CESÁREA no está exenta de complicaciones; por un lado, las derivadas de un parto (ya que es una modalidad de parto), tales como: hemorragia, atonía uterina, desgarros y endometritis, que ocasionalmente pueden derivar en otras más graves, como trastornos de coagulación e infecciones generalizadas y, por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como son infecciones de la herida, de la pelvis, hematomas superficiales o profundos de la piel o intraabdominales, adherencias, infecciones urinarias, lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos, deshicencia y/o eventración pos quirúrgica.

6. Determinadas situaciones médicas generales pueden llevar un mayor riesgo de complicaciones durante o posteriores a la intervención, potencialmente serias para la madre y el feto con un mínimo porcentaje de muerte. Las más comunes son: hipertensión arterial, diabetes, convulsiones, asma, obesidad, malnutrición, edad menor de 15 o mayor de 38 años, anemia, alergias, cirugías abdominales previas, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de: _____
entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.

7. Determinados factores son considerados de riesgo obstétrico para presentar complicaciones durante o posteriores a la intervención, potencialmente serias para la madre y el feto, tales como: preeclampsia, eclampsia, trastornos de coagulación, diabetes gestacional, embarazo múltiple, placenta previa, polihidramnios (aumento de líquido amniótico), oligohidramnios (disminución de líquido amniótico), retardo del crecimiento intrauterino, macrosomía fetal, defecto o infección fetal congénita, presentación de nalgas o situación transversa, ruptura prematura de membranas, prematuridad, embarazo prolongado, madre RH negativa, colestasis gravídica, cirugías uterinas previas (riesgo de acretismo de placenta) o patologías médicas o ginecológicas sobreimpuestas al embarazo.

Por lo tanto, por mi situación actual de _____
entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar complicaciones.

7. Como en toda intervención, existe un riesgo de complicaciones intraoperatorias imprevistas e impredecibles propias del embarazo, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud o del de mi hijo, tales como: acretismo placentario (invasión anormal de placenta al cuerpo del útero), rotura uterina, Embolia de líquido amniótico (líquido amniótico a pulmones de la madre), inversión uterina, eclampsia (convulsiones en mujeres con hipertensión), hemorragias uterinas por atonía uterina, desgarros uterinos, nudos verdaderos de cordón, aspiración meconial, lesiones fetales por presentaciones anómalas.

Firma del Paciente [signature]

Documento No. 1093746652 de Los Patios N/S

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.92	VERSIÓN: 04

TÍTULO:
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA.

La Paciente Viviana Yasid Archila Sandinez de 34 años de edad identificada con C.C. N°. 1093746652 de los Patios N/S

Y/o el señor(a) _____ identificado (a) con C.C N° _____ de _____ En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAMOS:

Que el Doctor YOUMA ISABEL RUIZ LOPEZ identificado con CC N° 52704398 de BOGOTA

Con previo conocimiento de los métodos de planificación familiar brindados mediante consejería por parte del profesional que me atiende, DECIDO en forma libre, voluntaria y consiente planificar mi vida reproductiva con **ANTICONCEPCION QUIRÚRGICA** por tal motivo:

AUTORIZO, y estoy de acuerdo a que se me realice la cirugía de **POMEROY** por paridad COMPLETA Y/O SATISFECHA.

Manifiesto que he RECIBIDO información amplia y práctica de una gama de métodos seguros y efectivos, con el fin de ayudarme.

Además de eso entiendo que existe la AUTO RECANALIZACIÓN TUBÁRICA ESPONTÁNEA en un 0.5 a 1% como mínimo; y que en un futuro existe la posibilidad de recanalización quirúrgica de trompas con un porcentaje de éxito muy bajo e incierto.

Por tal razón **ACEPTO Y AUTORIZO** me sea realizada la **ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA (POMEROY)**, en constancia firmo con mi puño y letra:

Nombre del Paciente Viviana Yasid Archila C.C 1093746652

Firma del Paciente _____

Nombre del Familiar y/ o Acompañante _____ C.C _____

Firma del Familiar y/o Acompañante _____

Firma del Especialista _____ R.M _____

Ciudad: Aguachica Fecha: 15-08-23

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Jefe de Calidad	Subdirección Administrativa	Dirección

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.164	VERSIÓN: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTO ANÉSTESICO.

El/la paciente Viviana Yasid Avila L de 34 años de edad identificado con C.C. N°. 1093746652 de Los Patios N/S.

Y/o el señor(a) _____ identificado (a) con C.C.N° _____ de _____ En calidad de representante legal, familiar o allegado, en pleno uso de mis facultades mentales y **en mi calidad de paciente**, o representante legal de este.

DECLARAMOS EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, **acepto** al Dr. (a) Wolf Rebollido como mi Médico Anestesiólogo, quién está avalado por la Sociedad de Anestesiología y Reanimación (SCARE) , por la Republica de Colombia y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por la Secretaria Departamental de salud del Cesar.
2. Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles, y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda, o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas en boca y tos; hasta severas tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardiacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal, complicaciones durante la colocación de la anestesia regional tales como ruptura o daño de dispositivos necesarios para el procedimiento del acto anestésico. Todas ellas pudieran causar daños o secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnostico y/o quirúrgico llamado Cosolio segmentario + Pomelo y para intentar mejorar mi estado de salud.
3. Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que pueden deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona el procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
4. Estoy conciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios ó unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.

Firma del Paciente _____

Documento No. 1093746652 de Los Patios N/S

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.164	VERSIÓN: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTO ANÉSTESICO.

5. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y **ACEPTO** anestesia tipo Neuroaxi., que es de carácter electivo X urgente___ y he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
6. Tengo conocimiento que el anestesiólogo que me realizó la consulta de prè anestesia y registró la información en la historia clínica, no necesariamente será quien aplicará la anestesia al momento de la intervención quirúrgica, y queda autorizado el anestesiólogo a cargo para realizar modificaciones. que a su juicio profesional crea oportunas.
7. En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
8. Se me informo que la institución cuenta con habilitación de servicios médicos requeridos para mi atención y que tiene política de **NO** reusar dispositivos médicos y por tanto todo lo utilizado para mi atención será desechado y descartado siguiendo la política de desechos médicos y hospitalarios.
9. **Se me ha informado que de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento planeado.**
10. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que mi persona o representado, pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico-quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y / o emocionales.

Nombre del Paciente Viviana ganol Archila C.C. 1093746652

Firma del Paciente [firma]

Nombre del Familiar y/ o Acompañante ____________ C.C ____________

Firma del Familiar y/ o Acompañante ____________

Firma del Especialista [firma] Walter Rebolledo S. ANESTESIOLOGO R.M. NAL. 2048097 DPTAL 1751

Ciudad y Fecha Aguachica - 15-08-23

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, **NIEGO** el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado el manejo de la técnica anestésica y lo que derive de ella, conciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.323	VERSIÓN: 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO PARA CIRUGIA EN CONTINGENCIA COVID-19.

El/La Paciente Viviana Yasid Archila Landinez de 34 años de edad identificada con C.C. N°. 51093746652 de Los Patios N/S.

Y/o el señor(a) _____ identificado (a) con C.C.N° _____ de _____ En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAMOS:

Que el doctor VOLMA ISABEL RUIZ identificado con CC. N° 52704398 de BOGOTA R.M. N°: 3367,

Me ha informado sobre los riesgos de su tratamiento e intervención quirúrgica en esta situación actual excepcional para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento en estas circunstancias excepcionales durante la PANDEMIA de la COVID-19. La situación de pandemia a la que nos enfrentamos y los riesgos asociados a la realización de procedimientos quirúrgicos en estos momentos (fase de la Pandemia).

En esta institución se ha diseñado y establecido una serie de protocolos de Bioseguridad para pacientes como usted en el que mediante una serie de medidas muy rigurosas tratamos de reducir el riesgo de infección tanto como sea posible incluido el del SARS_CoV-2. Así, entre otras medidas, salvo que mejore la situación, usted no podrá recibir visitas durante el ingreso, las visitas médicas se limitarán al máximo para disminuir su exposición a posibles contagios, deberá usar tapabocas mientras se encuentre en la institución, lavado e higienización de manos frecuente y no podrá salir a pasear fuera de su habitación.

Es necesario que informe al médico si tiene o ha tenido síntomas/signos de sospecha de infección por COVID-19 en los últimos 14 días como son: síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, fiebre > 37,3 o C, u otros síntomas relacionados con la covid-19 que usted considere señalar. Asimismo, ha de informar al médico si ha mantenido contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de COVID-19, y por último, si ha respetado los términos del confinamiento obligatorio impuesto durante la vigencia del ESTADO DE ALARMA.

RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19 En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.323	VERSIÓN: 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO PARA CIRUGIA EN CONTINGENCIA COVID-19.

bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario. En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riego de transmisión infecciosa del virus, la cercanía física del personal sanitario al paciente para los tratamientos e intervención quirúrgica y la generación inevitable de aerosoles en quirófano aún con todos los medios de protección, seguridad é higiene disponibles, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión y contagio del COVID-19. Es importante que conozca el riesgo de infección por COVID-19 y la posibilidad de desarrollar complicaciones pulmonares o vasculares en este contexto de pandemia por COVID-19.

Asimismo hay circunstancias especiales que favorecen la transmisión y posible gravedad de la infección del COVID-19 como son: pacientes con edad avanzada, pacientes con enfermedades concomitantes y/o pacientes con inmunosupresión. Si bien nos es imposible conocer con certeza el riesgo que entraña demorar más la cirugía frente al riesgo de contraer una infección por COVID-19 durante su estancia hospitalaria, en su caso concreto, el equipo médico que le atiende, así como el conjunto de profesionales que ha valorado su caso, considera que los beneficios potenciales superan a los riesgos por lo que le proponemos ser intervenido en este momento.

DECLARO:

Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, de la situación excepcional de la intervención quirúrgica en el contexto de la pandemia por COVID-19 así como de sus riesgos y complicaciones..

Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse en este momento, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.

Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Firma del Paciente Viviana Adriana L

Documento No. 1093746652 de Los Patios N/S

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.323	VERSIÓN: 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO PARA CIRUGIA EN CONTINGENCIA COVID-19.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.
Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

En tales condiciones **ACEPTO:**

Que se me realice una: CESAREA SEGMENTARIA + POMEROY

Nombre del Paciente Viviana Gisell Archila C.C. 1093746652

Firma del Paciente [firma]

Nombre del Familiar y/ o Acompañante ____________ C.C ________

Firma del Familiar y/ o Acompañante ____________

Firma del Especialista [firma]

Ciudad y Fecha Aguachica 15-08-23

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, **NIEGO** el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado a ser intervenido quirurgicamente en condiciones de la pandemia COVID-19 y lo que derive de ella, consciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

____

FIRMA DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE.

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-4.119	VERSIÓN: 03

TÍTULO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN.

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Yo Viviana Yasid Achila Landinez en calidad de Paciente, Identificado C.C No. 1093746652 de Los Patios N/S

Y/o el Señor(a) _____ identificado(a) con C.C No. _____ Representante legal/familiar/acompañante:

Autorizo el manejo y tratamiento intrahospitalario; habiéndoseme brindado toda la información y comprendido que la (HOSPITALIZACIÓN) incluye: administración de medicamentos, canalización, toma de muestras de laboratorio y ayudas diagnósticas (Rx, ecografías, TAC, entre otras), realización de procedimientos y los riesgos atribuibles a los mismos. Declaro estar debidamente informado(a) y habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Médico y/o especialista tratante según lo dispuesto en la Ley 23 de 1981 Art 15 y 16 por lo cual se dictan normas en lo referente a Ética Médica.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Nombre del Paciente: Viviana Yasid Achila Landinez C.C 1093746652

Firma [signature]

Nombre del Médico y/o Especialista tratante: Elvis Saul Gonzales

R.M. y Sello: _____

Firma _____

Nombre del Acompañante y/o Familiar _____ C.C No _____

Firma del Acompañante y/o Familiar _____

Ciudad _____ Fecha: _____

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, NIEGO el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado a la atención en hospitalización y lo que derive de ella, consciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

Firma del Paciente y/o Representante Legal *(Anexar huella)*

CEMA CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.92
		VERSIÓN: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS.

Resumen de la Ley 23 de 1981

La Paciente Viviana Isabel Ardila Sandinez de 34 años de edad identificada con C.C. N°. 1093746652 de Los Patios N/S

Y/o el señor(a) _____ identificado (a) con C.C.Nº _____ de _____ En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAMOS:

Que el Doctor YOSMA ISABEL RUIZ LOPEZ identificado con CC.Nº 52704398 de BOGOTA Ginecólogo-Obstetra con R.M. Nº 3367, me/nos ha suministrado la siguiente información sobre la LIGADURA DE TROMPAS:

La intervención de ligadura de trompas consiste básicamente en la oclusión de la continuidad de las trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.

Puede ser realizada por vía abdominal (laparotomía o minilaparotomía), por laparoscopia o, inusualmente, por vía vaginal. Además, puede ser realizada asociada o no a otro tipo de cirugía obstétrico-ginecológica, la más frecuente acompañando a una cesárea.

En mi caso concreto se realizará por

_____.

Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0.5 - 1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo, por AUTO-RECANALIZACIÓN.

Existen otros métodos de planificación familiar: condón, hormonales, dispositivo intrauterino.

Esta técnica requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.

Firma del Paciente _____

Documento No. 1093746652 de Los Patios N/S

Posibles Complicaciones:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS.

Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de: ____ entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas **COMPLICACIONES.**

- En este tipo de cirugías pueden aparecer, principalmente las siguientes complicaciones: ***Intraoperatorias:*** Hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos. ***Postoperatorias:*** Hematomas superficiales sobre la cicatriz o intraabdominales en la pelvis, Infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias posquirúrgicas con dolor pélvico crónico, eventración (abertura de pared abdominal).

- Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar tratamientos adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

Asi mismo manifiesto que:

- Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo, lo que me permitio entender en su totalidad el criterio y los actos del medico.
- El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, Puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma del Paciente [signature]	
Documento No. 1093746652	de Los Patios N/S

CEMA CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S.	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO: FO-GA-6.92
		VERSIÓN: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS.

En tales condiciones, y con conocimiento de que el artículo 42 de la Constitución Política de Colombia, establece que la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos,

ACEPTO

Que se me realice la **LIGADURA DE TROMPAS.**

Nombre del Paciente Viviana Yasid Achila C.C. 1093746652

Firma del Paciente

Nombre del Familiar y/ o Acompañante _____

C.C No. _____ de _____

Firma del Familiar y/ o Acompañante _____

Firma del Especialista

Ciudad y Fecha Aguachica 15-08-23

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, **NIEGO** el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado el manejo de la técnica anestésica y lo que derive de ella, consciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

FIRMA DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo en calidad de: _____ **REVOCO**, el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

FIRMA DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE.

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S

12/09/2023

INFORME QUIRURGICO Nro: 39006

Fecha de Cirugía **15/08/2023**

Paciente: **303106** **VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ** **CC** **1093746652**

Empresa: **UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB** Plan: **UT FOSCAL–CUB: AGUACHIC**

Tipo Acceso: UNA SOLA VIA Sala : SALA DE CIRUGIA # 1

Hora Inicio Cirugía: 15/08/2023 07:27:00 Hora Terminación Cirugía: 15/08/2023 08:05:00

Tipo de Atención: ◯ Hospitalaria ● Ambulatoria

Prioridad: ● Programado ◯ Urgente

Dx. Prequirúrgico: ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA

Complicación: ◯ SI ● NO Muestra Patológica: ● SI ◯ NO Cantidad Muestras: 2 Lateralidad: Bilateral

Profesionales que Participaron en el Acto Quirúrgico

ANESTESIOLOGO	REBOLLEDO SANTANA WALTER
AYUDANTE DE CIRUGIA	ROPERO NAVARRO ANDERSON ARLEY
CIRUJANO	RUIZ LOPEZ YOLIMA ISABEL

CUPS	Descripcion del Procedimiento y/o Cirugía	UVR/Grupo	Bilat.(S/N)	Pkt
12110	CESAREA	0	No	No

Dx Principal: O342 ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA
Dx Relacionado:
Dx Complicación:

11242	SECCION Y/O LIGADURA DE TROMPA DE FALOPIO (POMEROY)	0	No	No

Dx Principal: Z641 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MULTIPARIDAD
Dx Relacionado:
Dx Complicación:

Clasificación Herida Qx: ● Limpia ◯ Limpia Contaminada ◯ Contaminada ◯ Sucia

Especimen: TROMPAS UTERINAS

Descripción Quirúrgica:

ASEPSIA Y ANTISEPSIA AREA ABDOMINOGENITAL
INCISION PFANNENSTIEL HASTA APONEUROSIS
DIVULSION DE RECTOS ABDOMINALES ANTERIORES
APERTURA DE PERITONEO PARIETOVISCERAL
HISTEROTOMIA ARCIFORME TIPO KERR, SEGMENTO ADELGAZADO
OBTENCION DE PRODUCTO
ALUMBRAMIENTO Y CURAJE MANUAL
HISTERORRAFIA II PLANOS; PERFORANTE E INVAGINANTE
VERIFICACION DE HEMOSTASIA, TROMPA IZQUIERDA SECCIONADA X RESECCION QUIRURGICA PREVIA Y OVARIO HOMOLATERAL AUSENTE; TROMPA DERECHA CON CICATRIZ QX DE SALPINGECTOMIA
SALPINGECTOMIA DERECHA (PARCKLAND)
CONTEO COMPLETO DE COMPRESAS
CIERRE X PLANOS HASTA PIEL

Hallazgos:

RECIEN NACIDO MASCULINO (7: 30 AM) PESO 3215 GRS, TALLA 49 CM, PC 34, PT 32, PA 30 Y APGAR 1' 8/10; LIQUIDO AMNIOTICO CLARO EN ABUNDANTE CANTIDAD

Cirujano: YOLIMA ISABEL RUIZ LOPEZ

Documento: 52704398

Registro Médico: 3367

FORMATO VALORACION PRE- ANESTESICA

INFORME ANESTESIA

A. IDENTIFICACION

1er. Apellido	2do. Apellido (o de casada)	Nombre	N° HISTORIA CLINICA
Rebollo.	Jardinez	Ruiz. 42a.d	

FECHA (DIA / MES / AÑO / HORA)	EDAD	SEXO	TALLA (CMS)	PESO (KGS)	RIESGO ASA
10 / 8 / 23 / 3	42a	H ☐ M ☒	1.52	76K	1 (ow)

SERVICIO: Ginecol

SALA O CUARTO: ____

N° DE CUARTO: ____

ANESTESIA PREVIA ____

B. EVALUACION PREANESTESICA

TEM	F.R	F.C	T.A	H.B	HTO	GLIC	BIL TOT	BIL DR.T	PRO TOT	ALBUM					TY A PROT.	T.COG	FUMA	BEBE	GRUPO	R.H.
	20	70	120/80																	

DIAGNOSTICO: LOT + Paridad Sat.

OPERACIÓN PROPUESTA: Cesar + Pomer

HISTORIA Y ANTECEDENTES: enfermedad actual, alergicos, ictericos, discrasicos, quirurgicos, Tbc, Lues, Asma, Esteroides, hipotensores, insulina, b/bloqueadores, otros.
Patlog (-) Alg (-) Fur (-) Qx (+)

ESPECIFICO: ↳ Cesar (2) Salpinguitom (-)

FACILIDAD — INT SI ____ NO ____ — LOT SI ____ NO ____

VIA AÉREAS OK — DIENTES OK — CUELLO OK

HALLAZGOS RELEVANTES: LABORATORIO: Hb: 10.5 HTO. 30.4 TP: 14.2 TPT: 28.6 EKG: Sul.

TIPO	RESUMEN Y PLAN	ESTADO PSICOLÓGICO
BLOQUEO / PERIDURAL / ESPINAL / GENERAL	ESPINAL - Prog Cx - O/v Rh	B

PREFIERE	ACEPTA	RECHAZA	NECESITA HEMODERIVADOS	SI / NO	PREMEDICACION	FIRMA
			UNIDADES	NO: ✓	NO	

D. POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

FECHA: DIA ____ MES ____ AÑO ____

POSICION						NAUSEA	VOMITO	TOS	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXITACION	OTRAS ____
E														RECUPERACION
RESPIRACION C														CONCIENCIA

HEMORRAGIA: — DIURESIS:
REFLEJOS: — SENSIBILIDAD:
MOTILIDAD: — PIEL:

Temp.	FC	
42	180 / 17	
40	150 / 16	
38	140 / 13	
36	120 / 11	
34	100 / 9	
32	80 / 7	
30	60 / 5	
28	40 / 3	
26	20 / 1	

HORA

OBSERVACIONES:
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

TOTALES		
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO — FIRMA

"COLABORA EN EL AHORRO DE LOS FORMATOS, UTILIZANDO TODAS SUS LINEAS Y ESCRIBIENDO DE FORMA ORDENADA"

FORMATO REGISTRO DE ANESTESIA

C. REGISTRO DE ANESTESIA	Agosto 15/2023.	EFECTO PREMEDICACION O.P ☐ B ☐ R ☐ N ☐

DIAG. PREOPERATORIO: Embarazo a término + cesárea anterior + paridad satisfecha

DIAG. PREOPERATORIO: IDTM

PROCEDIMIENTO(S) QUIRURGICO(S): cesárea segmentaria + Pomeroy

ANESTESIOLOGO: Dr. Rebolledo. CIRUJANO: Dra Luz - Dr. Rojas

TIEMPO DE AYUNO (HORAS)	TIPO DE AYUNO	TIPO DE ANÉSTESIA
	LIQUIDO ___ SOLIDO ___	TECNICA: LOCAL ___ DISOCIATIVA ___ BLOQUEO ___ EPIDURAL ___ GENERAL ___ ESPINAL X CAUDAL ___ ESPACIO ___ OTRA ___ NIVEL ___ AGUA ___

POSICION:
C.S.S.C ___ E
C.S.A ___ A
C.C.C ___ C

OT N°	NT N°	▽
E OT N°	E NT. N°	△
PULSO		◎
RESPIRACION		O
T.A		XX
INDUCCION		Ø
INICIACION Y FINALIZACION		
INDUCCION	MASC. FEM.	♂ ♀
P.V.C		XXX
T°		
TORNIQUETE		
E.C.G		

1 AL 6 LIQUIDOS
6 AL 16 DROGAS

Escala: 230, 22, 210, 20, 190, 18, 170, 16, 150, 14, 130, 12, 110, 10, 90, 8, 70, 6, 50, 4, 30, 2, 10 — Temperatura: 42, 40, 38, 36, 34, 32, 30, 28, 26, C°

Anotaciones en gráfica: LR SSN LR; 500; 500; Sp02 99; 99; 31

HORA

AGENTES:
1. Bupivacaína 7.5mg.
2. Fentanilo 25µg.
3. Oxitocina 10 Und.
4. Dipirona 2gr.
5. Diclofenaco 75mg.
6. Dexametasona 8mg

Notas:
- Posición ♀
- Asepsia y antisepsia
- localización espacio L3-L4
- introducción aguja No 27
- salida LCR
- prueba negativa
- instalación medicamento
- retiro en bloque
- posición
- procedimiento sin complicaciones
- bloqueo ...

1			
2			
3			
4			
5			
HEMORRAGIAS			C.C
DIURESIS			C.C

TOTALES			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO	ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

Walter Rebolledo S.
ANESTESIOLOGO
R.M. NAL. 2048097
DPTAL 1751

FIRMA - SELLO Y REGISTRO MÉDICO

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S.
EPICRISIS 16/08/2023 09:58:00

Primera Evolución: 15/08/2023 05:48:00 **Historia Clínica Nro:** 1093746652

Paciente: VIVIANA ARCHILA LANDINEZ **Registro:** 303106

F. Nacimiento: 07/09/1988 **Edad:** 34 años 11 meses 9 dias

Fecha Hospitalización: 15/08/2023 **Dias Hospitalización:** 1 dias

Direccion: MZA C CASA 16 ETAPA 2 LA CIUDADELA DE LA PAZ **Telefono:** 3125318633

Empresa: UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB **Plan:** UT FOSCAL–CUB: AGUACHICA

Fecha hora egreso: 16/08/2023 09:58:00

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE PROGRAMADA PARA CESAREA + POMEROY MOTIVADA POR CESAREA ANTERIOR.

G/O: G3C2.
EMBARAZO DE 38.3 SEMANAS DE GESTACION.
FUR: 22/11/22.
PATOLOGICOS: TRANSTORNO DEL SUEÑO.
FARMACOLOGICOS: VITAMINAS PRENATALES, QUETIAPINA.
ALERGIAS: NIEGA.
QUIRURGICOS: RESECCION DE QUISTE POR LAPAROSCOPIA + POMEROY 09/2021, CESAREA #2 (2016).
HOSPITALIZACIONES: NIEGA.
VACUNAS: COVID #2 DOSIS - SINOVAC.
GRUPO SANGUINEO: O POSITIVO.

ECOGRAFIA OBSTETRICA + PERFIL BIOFISICO 01/08/23: EMBARAZO DE 35.3 SEMANAS DE GESTACION POR BIOMETRIA FETAL, PERCENTIL 39. ANATOMIA BASICA OBSERVADA NORMAL, ILA NORMAL, BIENESTAR FETAL CONSERVADO AL MOMENTO DEL ESTUDIO, PERFIL BIOFISICO 8/8.

LABS:
-09/08/23: HEMOGRAMA: HB 10.5g/dl, HCT 33.19%, PLT 220.000U/uL. GLICEMIA EN AYUNAS: 67mg/dl. EKG: NORMAL.
TIEMPOS DE COAGULACION: TP 14.2seg, INR 1.12, TPT 28.6seg.
VIH NO REACTIVO.

TA: 111/84 mmhg, FC: 95 LPM, FR: 20 RPM, Tº: 35,5ªC, SO2: 99%, PESO: 76KG, FCF: 125LPM.
ESTADO GENERAL: BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, AFEBRIL.
C/C: NORMOCEFALO, ORL: PINRL, BOCA: MOH, CUELLO: MOVIL SIN MASAS
C/P: RSCSRS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIN AGREGADOS, NO TIRAJES.
ABD: AU: 38 CMS, UTERO GRAVIDO, FETO UNICO VIVO, CON FCF 125 LPM, CEFALICO, DORSO IZQUIERDO. NO SE PERCIBE ACTIVIDAD UTERINA EN EL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
GU: NORMOCONFIGURADO PARA SEXO, AL TV VAGINA NORMOELESTICA/NORMOTERMICA, CUELLO POSTERIOR, LARGO GRUESO CERRADO, MEMBRANAS INTEGRAS.
EXT: SIN EDEMA, PSPS PRESENTES.
SNC: SIN ALTERACIONES APARENTES.

ANALISIS

FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G3C3 CON EMBARAZO DE 38.3 SEM POR FUR Y ECO I/III, ARO POR ANTECEDETES DESCRITOS, ASINTOMATICA, QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, BINOMIO MADRE E HIJO BUEN ESTADO AL MOMENTO CON MOVIMIENTO FETALES PRESENTES Y F. C. F. POSITIVA CON DOPPLER AUDIBLE PARA LA MADRE, PROGRAMADA PARA CESAREA POR CESAREA ANTERIOR, SE EXPLICA CLARAMENTE A PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SE EXPLICAN POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS (SANGRADO – INFECCION – SEPSIS – INFECCION HERIDA QUIRURGICA - LESION INTESTINAL O VESICAL - FISTULAS - REQUERIMIENTO DE TRANSFUSION – REINTERVENCION - MUERTE). SE REALIZA EXPLICACION DE SU CONDICION ACTUAL Y LA PACIENTE ADUCE ENTENDER, ACEPTAR Y ES RECEPTIVA CON LA INFORMACION. SE ENTREGAN Y SE FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.

PLAN:
PASAR A SALAS DE QUIROFANO SEGUN LLAMADO
NADA VIA ORAL
PREPARAR PARA CESAREA
SSN 500 CC EV AHORA, CONTINUAR 1000CC PARA 12 HORAS
CEFALOTINA 1 GR EV PREQUIRURGICA
METOCLOPRAMIDA 10 MG EV PREQUIRURGICA
VIGILAR FCF
CSV-AC

MEDICAMENTOS

101. SODIO CLORURO 0.9% BOLSA X 500 ML (SOLUCION SALINA)

MEDICAMENTOS

102. CEFALOTINA 1 G AMPOLLA
PREQUIRURGICA
103. METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG/2 ML AMPOLLA
PREQUIRURGICA

RESUMEN POR FECHA

15/08/2023 09:57:00 ANALISIS

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS CON POST OPERATORIO INMENDIATO DE CESAREA MAS POMEROY PROGRAMADA QUIEN REQUIERE HOSPITALIZACION PARA MANEJO CON ATB Y ANALGESIA E.V VIGILANCIA DE LA HERIDA QX, CONTROL DE TONO Y SANGRADO UTERINO.

15/08/2023 09:57:00 REPORTE DE PARACLINICOS

-

15/08/2023 09:57:00 EXAMEN FISICO

PACIENTE ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA TOLERANDO LA VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE
EX.FISICO:
CCC: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS
C/P: TORAX SIMETRICO MAMAS SIMETRICAS TURGENTES CON ADECUQADA SECRECION LACTEA, Rs Cs Rs SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD INFRAUMBILICAL DE BUEN TONO, HERIDA QX EN BUEN ESTADO SIN SECRECION CON LEVE DOLOR EN HIPOGASTRO.
GENITOURINARIO: SANGRADO VAGINAL ESCASO, LOQUIOS SEROHEMATICOS.
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, SIN EDEMA.
SNC: SIN DEFICIT APARENTE.

15/08/2023 09:57:00 ORDEN DE MEDICAMENTOS

IGUALES ORDENES MEDICAS

15/08/2023 09:57:00 PLAN

HOSPITALIZACION
NADA VIA ORAL POR 6 HORAS
IGUAL MENEJO MEDICO
CSV Y AC

15/08/2023 09:57:00 SUJETIVO

ADUCE LEVE DOLOR EN HIPOGASTRIO EN SITIO OPERATORIO

15/08/2023 19:00:00 Analisis Resultados

HEMOCLASIFICACION O+

15/08/2023 19:00:00 PLAN

SEGUIMEINTO POR GINECOLOGIA

16/08/2023 04:29:00 ANALISIS

PACIENTE POP DE CESAREA + POMEROY AFEBRIL HERIDA BUEN ESTADO BUENBLOFO DE SEGURIDAD LOQUIOS NORMALES SE DONTINA MANEJO ORITICLARTIO DE SEGURIDAD MATERNA

16/08/2023 04:29:00 PLAN

HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
L DE RINGER 500 ML A 100 ML HORAS
CEFALOTINA 1 GR IIV CADA 8 HORAS
DICLOFENAC 75 MG IV CADA 12 HRS
DIPIRONA 1 GR IV CADA 6 HRS
CURACIONES DIARIAS
CONTRIOL DE SIGNSO VITALES

RESUMEN POR FECHA

16/08/2023 09:49:00 ANALISIS

FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G3C3 EN SU PUERPERIO MEDIATO DE POP CESAREA + POMEROY, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, BUENA MODULACION DEL DOLOR, DEAMBULACION +, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE INFECCION NI HEMATOMAS. QUIEN SE ENCONTRABA CUMPLIENDO PROTOCOLO DE MATERNIDAD SEGURA INSTITUCIONAL, LA CUAL SE LE DARA EGRESO CON MANEJO ABULATORIO Y RECOMENDACIONES. SE LE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

16/08/2023 09:49:00 REPORTE DE PARACLINICOS

.

16/08/2023 09:49:00 EXAMEN FISICO

CCC: NORMOCEFALO, MOH, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS SIMETRICO.
CARADIOPULMONAR: NORMAL
MAMAS: SECRETANTES, NO DOLOROSAS
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, BOLO DE SEGURIDAD CONTRAIDO, UTERO INFRAUMBILICAL DE BUEN TONO. HERIDA QXCA LIMPIA, SIN SIGNOS DE HEMATOMA O INFECCION, NO SIGNOS PERITONEALES.
GU: LOQUIOS HEMATICOS FISIOLOGICOS. NO FETIDOS, DISURIA +.
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, SIN EDEMA.
SNC: NORMAL
RN: VIVO

16/08/2023 09:49:00 ORDEN DE MEDICAMENTOS

.

16/08/2023 09:49:00 PLAN

1. SALIDA
2. FORMULA MEDICA
* CEFRADINA TAB 500MG, 500MG VO CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS.
* ACETAMINOFEN TAB 500MG, 500MG VO CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS.
* IBUPROFENO TAB 400MG, 400MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS SI DOLOR.
* SULFATO FERROSO TAB, 1 TAB VO CADA DIA POR 30 DIAS.
3. CONTROL EN 3 DIAS 1er NIVEL
4. LICENCIA DE MATERNIDAD
5. CITA CON GINECOLOGIA EN 5 DIAS.
6. CITA CON PEDIATRIA EN 5 DIAS PARA COTROL DEL RN.
7. RECOMENDACIONES GENERALES.
- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PRIMEROS 6 MESES.
- ACUDIR AL PRIMER NIVEL EN 3 DIAS MEDICO GENERAL PARA CONTROL DEL PUERPERIO.
- ACUDIR A I NIVEL MEDICO GENERAL EN 10 DÍAS PARA RETIRO DE PUNTOS.
- CURACIONES DIARIAS POR 10 DÍAS EN I NIVEL.
- CITOLOGÍA EN 4 MESES.
- RECLAMAR RESULTADO DE TSH Y HEMOCLASIFICACIÓN NEONATAL EN 15 DÍAS EN CEMA.
- CURACIÓN DEL OMBLIGO 3 VECES AL DÍA CON AGUA OXIGENADA.
- PUERICULTURA BÁSICA.
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA ADECUADA.
- FORTALECIMIENTO DE VÍNCULOS AFECTIVOS (LA AUTOESTIMA, EL AUTOCUIDADO)(Importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna temprana).
- SE ENTREGA REGISTRO DE NACIDO VIVO - ACUDIR A REGISTRADURÍA PARA Registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- SE RESALTA LA NECESIDAD DE DOBLE PROTECCIÓN CON ANTICONCEPTIVO (CONDON) EVITANDO LA TRANSMISIÓN DE VIH/SIDA Y OTRAS ITS.
* SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS:
- Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia.
- Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia.
- Fiebre.
- Sangrado genital abundante.
- Dolor en hipogastrio, vómito, diarrea.
- Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos.
- Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal).
- Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa).
- Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor).
- Dolor o hinchazón en las piernas.
- Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido.

RESUMEN POR FECHA

16/08/2023 09:49:00 SUJETIVO

MANIFIESTA SENTIRSE BIEN, CONCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA, AFEBRIL, DEAMBULACION +. TOLERA VIA ORAL, CON BUENA MODULACION DEL DOLOR.

16/08/2023 09:58:00 RESUMEN DE ESTANCIA

BUENAS CONDICIONES GENERALES.

EPICRISIS

Diagnosticos

Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	Tipo: Impresión Diagnóstica
O829	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	Tipo: Impresión Diagnóstica

RESUMEN DE ESTANCIA

BUENAS CONDICIONES GENERALES.

Conducta Urgencias **Alta de Hospitalizacion**

Estado a la Salida **Vivo**

CARLOS ALBERTO RIOS CHAVEZ
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Registro Profesional: 20-2690/99

CEMA
Clínica de Especialistas
María Auxiliadora S.A.S.

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S

Dirección: Calle 5 No. 32-07 Teléfono: 5653357

NIT: 800197217-9 Ciudad: AGUACHICA

Orden de LABORATORIO CLINICONo. 1228840

Unidad: **CIRUGIAS** Capitado: NO

Paciente: **Registro: (303106) VIVIANA YASID ARCHILA LANDIN** Dcto: **1093746652**

Empresa: UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB Plan: UT FOSCAL–CUB: AGUACHICA

Tipo Usuario: Otro (5) Vigencia: 30 dias

Fecha: 15/08/2023 08:28:00 Edad: 34 años 11 meses 8 dias Hab.: CX03 Nivel:

F. Aprueba: 15/08/2023 08:29:49 Usrio: 52704398

Médico: **RUIZ LOPEZ YOLIMA ISABEL** Triage:

It	Código	Descripcion	#	POS?	Datos Clínicos
1	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	1 UNA	POS	
2	904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) NEONATAL	1 UNA	POS	

Médico:

YOLIMA ISABEL RUIZ LOPEZ

Registro Méd: 3367

Viviana Yasid Archila

Firma Recibido Paciente

Fecha Impresión: 15/08/2023 08:36:14 Impreso por: YOLIMA ISABEL RUIZ LOPEZ

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S
NIT: 800197217-9
Calle 5 No. 32-07
AGUACHICA Teléfono Nro : 5653357

Nombre: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
Documento: 1093746652
Registro: **303106** Habitacion: 16A
Edad: 34 años 11 meses 8 dias
Correo:
Empresa: UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FO
Sexo: Femenino
Unidad : HOSPITALIZACION
ID:
Fecha Recibo: **15/08/2023** Nro Recibo: **163118**
Teléfono: 3125318633
Fecha Exámen: 15/08/2023 00:00:00
Nro Orden: 1228840

Resultados de Exámenes de Laboratorio Clínico

Examen: *HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNI*
RN

Variable	Resultado	Unidades Referencias
GRUPO	O	
RH	POSITIVO	

Firma:

Estado proceso Resultados: *Validado*
Resultados Validados por: *LUIS CARLOS RODRIGUEZ BARBOZ*
Resultados Digitados por: *LUIS CARLOS RODRIGUEZ BARBOZ*
Fecha Validación 15/08/2023 10:39:37
Fecha Impresión: 16/08/2023 09:22

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Registro de : SUMINISTROS Y/O MATERIAL DE CIRUGIA

Registro: 303106 VIVIANA ARCHILA LANDINEZ **Empresa: UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-C** **Fecha Admision: 15/08/2023**

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
AGUJA SPINOCAN N27 UNIDAD									
15/08/2023 07:27:00		AHORA	1	Unidad	INTRATECAL	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
BUPIVACAINA 0.5% PESADA AMP									
15/08/2023 07:27:00		AHORA	1	Miligramo	INTRAVENOSA	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
BURETROL EQUIPO									
15/08/2023 14:00:00		AHORA	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		LEIDY ROCIO
							1		
CATETER INTRAVENOSO 18 G									
15/08/2023 05:58:00		AHORA	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		LILIANA RAMI
							1		
CAUCHO PARA SUCCION UNIDAD									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
CEFALOTINA 1 G AMPOLLA									
15/08/2023 05:58:00	***PREQUIRURGICA***	AHORA	1	Gramo	INTRAVENOSA		1		LILIANA RAMI
15/08/2023 16:00:00		C 08 Horas	1	Gramo	INTRAVENOSA		1		YENIFER RIZ
16/08/2023 00:00:00		C 08 Horas	1	Gramo	INTRAVENOSA		1		ANGELICA TA
16/08/2023 08:00:00		C 08 Horas	1	Gramo	INTRAVENOSA		1		NATALY JOHA
							4		
CLAMP UMBILICAL									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
CROMADO 0 CT-1/HRG38 REF9247									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
CUCHILLA DE BISTURI #20									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Registro de : SUMINISTROS Y/O MATERIAL DE CIRUGIA

Registro: 303106 VIVIANA ARCHILA LANDINEZ **Empresa: UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-C** **Fecha Admision: 15/08/2023**

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/									
15/08/2023 07:27:00		AHORA	8	Miligramo	INTRAVENOSA	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 M									
15/08/2023 07:27:00		AHORA	75	Miligramo	INTRAVENOSA	cx	1		ROSA LUZ AR
15/08/2023 20:00:00		C 12 Horas	75	Miligramo	INTRAVENOSA		1		NADYA DEL P
16/08/2023 08:00:00		C 12 Horas	75	Miligramo	INTRAVENOSA		1		NATALY JOHA
							3		
DIPIRONA 1 G/2 ML AMPOLLA									
15/08/2023 07:27:00		AHORA	2	Gramo	INTRAVENOSA	cx	2		ROSA LUZ AR
15/08/2023 14:00:00		C 06 Horas	1	Gramo	INTRAVENOSA		1		YENIFER RIZ
15/08/2023 20:00:00		C 06 Horas	1	Gramo	INTRAVENOSA		1		NADYA DEL P
16/08/2023 02:00:00		C 06 Horas	1	Gramo	INTRAVENOSA		1		ANGELICA TA
16/08/2023 08:00:00		C 06 Horas	1	Gramo	INTRAVENOSA		1		NATALY JOHA
							6		
ELECTRODO ECG PARA PIEL UNI									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	3	Unidad	TOPICO	cx	3		ROSA LUZ AR
							3		
EQUIPO MACROGOTEO									
15/08/2023 05:58:00		AHORA	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		LILIANA RAMI
							1		
ETHILON 2-0 KS AGUJA RECTA									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
FITOMENADIONA 1MG/ML (VITAMI									
15/08/2023 07:27:00		AHORA	1	Miligramo	INTRAMUSCUL	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
GUANTE ESTERIL # 6.5 PAR									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	3	Unidad	TOPICO	cx	3		ROSA LUZ AR
							3		
GUANTE ESTERIL # 7.0 PAR									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	3	Unidad	TOPICO	cx	3		ROSA LUZ AR
							3		

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S
CONTROL DE MEDICAMENTOS
Registro de : MEDICAMENTOS

Registro: 303106 VIVIANA ARCHILA LANDINEZ **Empresa: UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-C** **Fecha Admision: 15/08/2023**

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
GUANTE ESTERIL # 7.5 PAR									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	2	Unidad	TOPICO	cx	2		ROSA LUZ AR
							2		
GUANTE ESTERIL # 8.0 PAR									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
JERINGA DESECHABLE X 1 ML IN									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	INTRAMUSCUL	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
JERINGA DESECHABLE X 10 ML									
15/08/2023 05:58:00		AHORA	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		LILIANA RAMI
15/08/2023 16:00:00		C 08 Horas	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		YENIFER RIZ
16/08/2023 00:00:00		C 08 Horas	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		ANGELICA TA
16/08/2023 08:00:00		C 08 Horas	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		NATALY JOHA
							4		
JERINGA DESECHABLE X 3 ML									
15/08/2023 05:58:00		AHORA	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		LILIANA RAMI
15/08/2023 07:28:00		AHORA	5	Unidad	INTRAVENOSA	cx	5		ROSA LUZ AR
15/08/2023 14:00:00		C 06 Horas	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		YENIFER RIZ
15/08/2023 20:00:00		C 12 Horas	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		YULEIMA CAN
15/08/2023 20:00:00		C 06 Horas	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		YULEIMA CAN
16/08/2023 02:00:00		C 06 Horas	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		ANGELICA TA
16/08/2023 08:00:00		C 12 Horas	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		NATALY JOHA
16/08/2023 08:00:00		C 06 Horas	1	Unidad	INTRAVENOSA		1		NATALY JOHA
							12		
JERINGA DESECHABLE X 5 ML									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	2	Unidad	INTRAVENOSA	cx	2		ROSA LUZ AR
							2		
LACTATO RINGER BOLSA X 500 M									
15/08/2023 12:00:00		C 05 Horas	500	Mililitros	INTRAVENOSA		1		LEIDY ROCIO
15/08/2023 16:00:00		C 05 Horas	500	Mililitros	INTRAVENOSA		1		YENIFER RIZ
15/08/2023 21:00:00		C 05 Horas	500	Mililitros	INTRAVENOSA		1		NADYA DEL P

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S
CONTROL DE MEDICAMENTOS
Registro de : MEDICAMENTOS

Registro: 303106 VIVIANA ARCHILA LANDINEZ **Empresa: UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-C** **Fecha Admision: 15/08/2023**

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
LACTATO RINGER BOLSA X 500 M									
16/08/2023 02:00:00		C 05 Horas	500	Mililitros	INTRAVENOSA		1		ANGELICA TA
							4		
LAPIZ PARA ELECTROBISTURI									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
METOCLOPRAMIDA CLORHIDRAT									
15/08/2023 05:58:00	***PREQUIRURGICA***	AHORA	10	Miligramo	INTRAVENOSA		1		LILIANA RAMI
							1		
OXITOCINA 10 U.I./ML AMPOLLA									
15/08/2023 07:27:00		AHORA	40	Unidad Internacional	INTRAVENOSA	cx	4		ROSA LUZ AR
							4		
PLACA PARA ELECTROBISTURI									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
RECOLECTOR DE ORINA FRASCO									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
SEDA 0 SH									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	TOPICO	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
SODIO CLORURO 0.9% BOLSA X 5									
15/08/2023 05:58:00		AHORA	500	Mililitros	INTRAVENOSA		1		LILIANA RAMI
15/08/2023 06:30:00		C 06 Horas	500	Mililitros	INTRAVENOSA		1		LILIANA RAMI
15/08/2023 07:27:00		AHORA	2000	Mililitros	INTRAVENOSA	cx	4		ROSA LUZ AR
							6		
SONDA NELATON 10									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	1	Unidad	URETRAL	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		
TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG									
15/08/2023 07:27:00		AHORA	50	Miligramo	INTRAVENOSA	cx	1		ROSA LUZ AR
							1		

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Registro de : SUMINISTROS Y/O MATERIAL DE CIRUGIA

Registro: 303106 VIVIANA ARCHILA LANDINEZ **Empresa: UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-C** **Fecha Admision: 15/08/2023**

MEDICAMENTO / INSUMO Fecha - Hora / Medicamento	Prescripcion	Frecuencia	Dosis	Unidad-Dosis	Via	Dilución	Unidades Aplicadas	Observacion	Usuario
VICRYL 1 CT-1									
15/08/2023 07:28:00		AHORA	2	Unidad	TOPICO	cx	2		ROSA LUZ AR
							2		

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S

Control de Signos Vitales

09/12/2023 15:43

Paciente: VIVIANA ARCHILA LANDINEZ **Empresa:** UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSC **Registro:** 303106

Fecha	Temp.	Fr Cardiaca	Fr. Respiratoria	Tension	Tension Diastolica	Tension Media	Oximetria (%)	Glucometria	Peso	Dosis Oxigeno	Temperatura Rn	Frecuencia Cardiaca Fetal
15/08/2023 06:43:00	35.50	95.00	20.00	111.00	84.00		.00	.00	76.00	.00		125
15/08/2023 06:52:00	36.00	87.00	20.00	112.00	77.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 07:00:00	36.00	62.00	20.00	110.00	67.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 07:27:00	36.00	64.00	20.00	115.00	70.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 07:30:00	36.00	77.00	20.00	103.00	47.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 07:45:00	36.00	66.00	20.00	90.00	45.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 08:00:00	36.00	88.00	20.00	103.00	53.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 08:15:00	36.00	92.00	21.00	116.00	53.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 08:30:00	36.00	95.00	21.00	124.00	57.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 08:45:00	36.00	91.00	21.00	130.00	65.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 09:00:00	36.00	100.00	21.00	125.00	67.00		99.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 09:15:00	36.00	110.00	22.00	120.00	62.00		100.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 09:30:00	36.00	100.00	22.00	118.00	65.00		100.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 14:00:00	36.00	81.00	20.00	114.00	64.00		97.00	.00	.00	.00		
15/08/2023 20:00:00	35.50	69.00	18.00	96.00	62.00		99.00	.00	.00	.00		
16/08/2023 05:00:00	36.30	95.00	18.00	97.00	66.00		98.00	.00	.00	.00		
16/08/2023 08:18:00	36.50	87.00	20.00	105.00	65.00		94.00	.00	.00	.00		

CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S

VALORACION DEL RECIEN NACIDO

Recién Nacido Nro: 1 Hijo(a) de : ARCHILA LANDINEZ VIVIANAYASID Registro de la Madre Nro: 303106

Fecha Diligenciamiento: **15/08/2023 13:50:33**

Fecha y hora Nacimiento: 15/08/2023 13:49:41 **Sexo: Masculino**

Peso RN (Gramos): 3215 **Talla RN (cm):** 49 **Perímetro Toráxico:** 32

Apgar 1minuto: 8 Apgar 5minutos: 10 **Perímetro Cefálico:** 34

Permeabilidad Anal: ● Si ○ No

Cabeza	● Normal	○ Anormal
Ojos Orl	● Normal	○ Anormal
Cuello	● Normal	○ Anormal
Torax	● Normal	○ Anormal
Cardiopulmonar	● Normal	○ Anormal
Abdomen	● Normal	○ Anormal
Ombligo	● Normal	○ Anormal
Genitales	● Normal	○ Anormal
Neurologico	● Normal	○ Anormal
Extremidades Superior	● Normal	○ Anormal
Extremidades Inferiores	● Normal	○ Anormal
Condición RN	● Vivo	○ Muerto

Fecha Muerte Recien Nacido:

Valoración del RN:

HIJO DE MADRE DE 34 AÑOS, PRODUCTO DEL TERCER EMBARAZO, NACIDO POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES - 7+30 HRS**.
CCC: NORMOCEFALO, FONTANELAS NORMOTENSAS, PINRAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, PALADAR INTEGRO, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO.
CP: SIMETRICO, EXPANSIBLE, NO TIRAJES, RsCsRs NO SOPLOS, PULMONES CLAROS, NO AGREGADOS.
ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, ONFALO NORMAL.
GU: NORMOCONFIGURADO PARA SEXO MASCULINO, ANO PERMEABLE.
EXT: EUTROFICAS, NO EDEMAS, BUEN LLENADO CAPILAR, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, BARLOW Y ORTOLANI NEGATIVO.
SNC: ACTIVO, REACTIVO, REFEJOS PRIMITIVOS PRESENTES, SUCCION PRESENTE.

IDx:
1.- RNT - AEG
2.- RN SANO

Dx. del Recien Nacido: Z370 NACIDO VIVO, UNICO

Médico: EDGAR DAVID TORRES BALMACEDA
PEDIATRIA
Registro Médico: 6864
Documento Nro: 92499535

HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E.

ACTA DE APLICACIÓN DE VACUNAS RECIÉN NACIDO

Fecha de Aplicación: 15-08-23

Nombre de la Madre: Viviana Yasid Archila Landinez

Documento ( ): 1093746652

Apellidos de RN: (M) Archila Landinez

VACUNA	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	DOSIS
BCG	03724A052	DIC 2024	U
HB	D322900923	Junio 2025	U

Litografía y artes gráficas Jaramillo NIT. 901.247.046-8 566 11 67 Aguachica - Cesar

Nota:

Paulina Palma
Auxiliar Responsable
(Vacunadora)

Rita Lasso
Auxiliar Responsable
(Vacunadora)

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

23083610604911

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO

Departamento	Municipio
CESAR	AGUACHICA

ÁREA DEL NACIMIENTO

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

FECHA DEL NACIMIENTO Año - Mes - Día	HORA DEL NACIMIENTO Hora - Minutos
2023-08-15	07:30:00

SEXO DEL NACIDO VIVO	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo	Factor RH
Masculino	O	Positivo

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1093746652

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ARCHILA	LANDINEZ	VIVIANA	YASID

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO

Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	9692361

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ROPERO	NAVARRO	ANDERSON	ARLEY

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	7995

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
CESAR	AGUACHICA

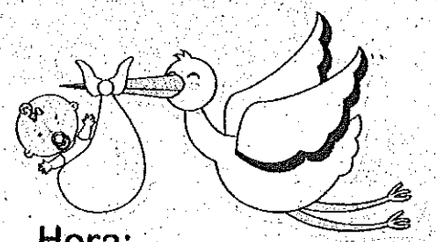
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
2023-08-15	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-08-15 16:54

Código verificación: 7EED-7A7D-81E5-877A

CEMA
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS
MARÍA AUXILIADORA S.A.S.

CERTIFICADO DE NACIMIENTO



Mi nombre es: MARTIN YESID.

Fecha: 15-03-23.

Hora: 7:30AM.

Mi mami es: VIVIANA ARCHILA

Pesé: 3215 kg

Mi talla es: 49cm.

Sexo: M

Mi Doctor fue: DR Yolima.

LABORATORIO DE HISTOCITOPATOLOGIA SAS
Dr. Alfredo Acevedo Sarmiento
CARRERA 30 N 40-49 MEJORAS PÚBLICAS
Teléfonos: 6458880 - 3157185240 -

Fecha: 2023.09.27
Hora: 16:24

BIOPSIAS

Empresa: 901153056 UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB
Sector: U.T RED INTEGRADA FOSCAL-CUB CESAR
Numero 230013197
Paciente: 1093746652 ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID
Edad: 35
Sexo: F
Teléfonos:
Especimen ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO - CLASE DE MUESTRA: TROMPA UTERINA DERECHA
Fecha Ingreso: 2023.09.08
Fecha Resultado: 2023.09.25
Especialista: DR CARLOS ALBERTO RIOS CHAVEZ

DESCRIPCION MACRO

FRASCO ROTULADO "TROMPA DERECHA": En formol se recibe un fragmento tubular de consistencia elástica, color pardo grisáceo, mide 1.8 cm de longitud con diámetro 0.6 cm.
Se procesa todo el material en un bloque.

DESCRIPCION MICRO

Los cortes microscópicos (23–13197) muestran segmento de trompa uterina con cambios reactivos benignos, edema, congestión vascular y moderado infiltrado inflamatorio mixto. En la muestra evaluada no hay malignidad.

DIAGNOSTICO

TROMPA UTERINA DERECHA; RESECCIÓN-BIOPSIA:
- SALPINGITIS CRÓNICA MODERADA
- NO HAY MALIGNIDAD.
- VER DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA.

OBSERVACIÓN: El resultado de este estudio está basado en la representación e interpretación de la lesión (muestra), por lo que el informe debe considerarse como una DIAGNÓSTICA. El diagnóstico debe realizarse en correlación con la historia clínica y demás IMPRESIÓN estudios diagnósticos.

Medico 91278214 DR GARCIA RAMIREZ CARLOS ALBERTO

Nota: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días.

Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Además, se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

Escaneado con CamScanner

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	26	Fecha:	18/07/2023 03:57:29 p.m.
Registrado por:	84008009 LUIS ALBERTO NORIEGA JIMENEZ				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

REFERIDA DPOR PSICOLOGIA

Enfermedad actual

SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD G3, P0, C2, A0, CON AMBARAZO ACTUAL DE 34 SEMANAS X FUM EN CONTROL, DOCENTE ACTIVA LABORA EN LA INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO INDUSTRIAL EN AGUACHICA CESAR, REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR PRESENTAR INSOMNIO DE CONCILIACION Y MANTENIMIENTO, SINTOMAS ANSIOSOS, INQUIETUD PSICOMOTRIZ, IDEAS ANSIOGENICAS, MOTIVO DE CONSULTA.

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	EnfermedadMental
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	26	Fecha:	18/07/2023 03:57:29 p.m.
Registrado por:	84008009 LUIS ALBERTO NORIEGA JIMENEZ				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No

Sífilis Gestacional	☐	Sin_dato	
Hipotiroidismo	☐	Sin_dato	
Farmacológicos			
Cirugias Tracto Reproductivo	☐		
Transfucionales			
Ocupacionales			
Otros	☐	Cual	CESAREA (2) CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA .

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual:	16	Num. Compañeros sexuales:	1
Masculino		Espermaquia	
Femenino			

G	P	A	C	M	E	V
2	0	0	2	0	0	0

FUR		FPP		FUP	
Periodo Interginesico	No_Aplica				
Planifica	☑	Metodo	No_Aplica	Cuales	
Tiempo De Uso				Complicación	
Menarquia		Ciclos	8	X	
Regulares	☐	Flujo Vaginal	☐		
Fecha última Citología		Razones de no aplicación			
Resultados BETHESDA	No_Aplica				

EXAMEN FISICO

TA	1 / 1	FC	1	FR	1	Temperatura	1,00
Perimetro Cefálico	1,00						
Peso	65,00 Kg	Talla	1,60 m	IMC	25,39	Percentil Peso Edad	
Percentil Talla Edad							
Percentil Peso Talla		Circunferencia cintura	,00	Agudeza visual		OI /	
						OD /	

Impresion General	☐		
Cabeza/Cuello	☐		
ORL	☐		
Cardiopulmonar	☐		
Abdomen	☐		
Genitourinario	☐		
Osteomuscular	☐		
Piel y Faneras	☐		
Neurológico	☐		
Extremidades	☐		
Esfera mental	☑	PACIENTE LUCE VIGIL, LENGUAJE FLUIDO DE BUEN TOMNO, ANSIOSA, CON IDEAS ANSIOGENICAS, MEMORIA Y ORIENTACION CONSERVADA, JUICIO ADECUADO, HIPOPROSEXICA, INTELIGENCIA NO EVALUADA.	
Taner	☐		
Signos de maltrato	☐		

Hernias	☐	Criptorquidia	☐	Agenesia	☐
Reflejo Rojo	NoAplica	Convert Test	NoAplica		
Tacto Rectal	☐	Tacto Vaginal	☐	Examen Testicular	☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	Presuntivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Plan De Manejo

1) QUETIAPINA TAB 25 MG 0-0-1 POR 1 MES

Imprime

Fecha De Impresion 19/07/2023 16:45

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	26	Fecha:	18/07/2023 03:57:29 p.m.
Registrado por:	84008009 LUIS ALBERTO NORIEGA JIMENEZ				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	34 Años \ 10 Meses \ 12 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

2) SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIa
3) INCAPACIDAD LABORAL POR 15 DIAS A PARTIR DE LA FECHA
4) CONTROL EN 1 MES.

Recomendaciones y asesorías educativas

- [ ] 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.
- [ ] 2. Evite el estrés.
- [ ] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [ ] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [ ] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [ ] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Otra	Tipo De Control	Especialista	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
N05AQ000011 - QUETIAPINA X 25 MG TABLETA	30	Oral	TOMAR 1 TAB A LAS 8 PM POR 1 MES

Médico:	NORIEGA JIMENEZ LUIS ALBERTO
T.P.:	8497/2005
Tipo:	Medico_Especialista

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	31	Fecha:	24/11/2023 09:18:55 a.m.
Registrado por:	84008009 LUIS ALBERTO NORIEGA JIMENEZ				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	35 Años \ 2 Meses \ 18 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	35 Años \ 2 Meses \ 18 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Sexo:	Femenino	Email:	viviana6868@hotmail.com	Estado Civil:	Soltero
Historia de	Medicina General y/o Especializada	**Origen de la consulta:**	General		
Acompañante					
Grupo Poblacional:	Vacio	Parentesco:		Teléfono :	
Nivel Educativo:	0	**Causa externa:**	Enfermedad_General	**Finalidad de la consulta:**	No_Aplica
Pertenencia étnica:	Otras Etnias	**Fecha Ingreso al Programa:**		**Discapacidad:**	☐
Ocupacion:	130 PROFESORES Y EDUCADORES				

Motivo de consulta

CONTROL POR PSIQUIATRIA.

Enfermedad actual

SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO, ACTUALMENTE CON BUEN PATRON DELSUEÑO CON LA MEDICACION, SINTOMAS ANSIOSOS, INQUIETUD PSICOMOTRIZ, IDEAS ANSIOGENICAS, MOTIVO DECOPNSULTA.

Revisión por sistemas

Identificación del Riesgo	EnfermedadMental
Cabeza	No Refiere
Cuello	No Refiere
Órganos de los sentidos	No Refiere
Tórax	No Refiere
Gastrointestinal	No Refiere
Genitourinario	No Refiere
Osteomuscular	No Refiere
Extremidades	No Refiere
Neurológico y Mental	No Refiere
Cardiovascular	No Refiere
Esferamental	No Refiere
Piel y faneras	No Refiere
Otro	No Refiere

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Laboratorio

Fecha:	Nombre:	Resultados

ANTECEDENTES

PERSONALES

HTA	☐	Dislipidemia	☐	Epilepsia	☐
DM1	☐	EAP	☐	Desnutrición	☐
DM2	☐	ECV	☐	Tabaquisto	☐
Diabetes Gestacional	☐	Enf. Vascular Periférica	☐	Alcoholismo	☐
Tuberculosis	☐	Enf. Pélvica Inflamatoria	☐	Asma	☐
Hepatopatías	☐	EPOC	☐	Nefropatia	☐
Cardiopatias	☐	ERC	☐	Psiquiatrico	☐
Anticuagulados	☐	ICC	☐	Cx Pelvico Uterina	☐
Autoinmunes	☐	Infección cervical	☐	Obesidad Mórbida	☐
Cáncer	☐	Neurologícos	☐	Ectopicos	☐
Congenitas	☐	Reumatológicos	☐	ITS	☐
Traumáticos	☐	Cual			
Otros Traumaticos					

HTA Inducida Ultimo Embarazo	No	Preeclampsia Ultimo Embarazo	No_aplica	Eclampsia Ultimo Embarazo	No

Imprime **Fecha De Impresion** 25/11/2023 09:43

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.: 7999 **Registro No.:** 31 Fecha: 24/11/2023 09:18:55 a.m.

Registrado por: 84008009 LUIS ALBERTO NORIEGA JIMENEZ

Documento: 1093746652 **Tipo de Identificación:** Cédula_Ciudadanía Edad: 35 Años \ 2 Meses \ 18 Días

Nombres: VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ

Ciudad: AGUACHICA (CESAR)

Sífilis Gestacional ☐ Sin_dato

Hipotiroidismo ☐ Sin_dato

Farmacológicos

Cirugias Tracto Reproductivo ☐

Transfucionales

Ocupacionales

Otros ☐ Cual CESAREA (2) CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO + POMEROY X LAPAROSCOPIA .

GINECOOBSTETRICOS

Edad inicio vida sexual: 16 Num. Compañeros sexuales: 1

Masculino Espermaquia

Femenino

G 2 P 0 A 0 C 2 M 0 E 0 V 0

FUR FPP FUP Periodo Interginesico No_Aplica

Planifica ☑ Metodo No_Aplica Cuales

Tiempo De Uso Complicación

Menarquia Ciclos 8 X Regulares ☐ Flujo Vaginal ☐

Fecha última Citología Razones de no aplicación

Resultados BETHESDA No_Aplica

EXAMEN FISICO

TA 1 / 1 FC 1 FR 1 Temperatura 1,00 Perimetro Cefálico 1,00

Peso 60,00 Kg Talla 1,60 m IMC 23,44 Percentil Peso Edad Percentil Talla Edad

Percentil Peso Talla Circunferencia cintura ,00 Agudeza visual OI /

OD /

Impresion General ☐

Cabeza/Cuello ☐

ORL ☐

Cardiopulmonar ☐

Abdomen ☐

Genitourinario ☐

Osteomuscular ☐

Piel y Faneras ☐

Neurológico ☐

Extremidades ☐

Esfera mental ☑ PACIENTE LUCE VIGIL, LENGUAJE FLUIDO DE BUEN TOMNO, ANSIOSA, CON IDEAS ANSIOGENICAS, CON INQUIETUD,SIN ALUCIONACIONES, MEMORIA Y ORIENTACION CONSERVADA, JUICIO ADECUADO, EUPROSEXICA, INTELIGENCIA NO EVALUADA.

Taner ☐

Signos de maltrato ☐

Hernias ☐ Criptorquidia ☐ Agenesia ☐

Reflejo Rojo NoAplica Convert Test NoAplica

Tacto Rectal ☐ Tacto Vaginal ☐ Examen Testicular ☐

Nota: Cuando el campo se encuentre en blanco el resultado es normal, cuando se encuentre seleccionado el resultado es anormal.

DIAGNOSTICOS

Principal	Diagnostico	Tipo
☑	F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	Presuntivo

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES

Plan De Manejo

1) QUETIAPINA TAB 25 MG 0-0-1 POR 2 MESES
2) SERTRALINA TAB 50MG 1-0-0 POR 2MESES
3) SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIa

Imprime **Fecha De Impresion** 25/11/2023 09:43

MEDICINA GENERAL Y/O ESPECIALIZADA

REGISTRO CLINICO

Historia clínica No.:	7999	**Registro No.:**	31	Fecha:	24/11/2023 09:18:55 a.m.
Registrado por:	84008009 LUIS ALBERTO NORIEGA JIMENEZ				
Documento:	1093746652	**Tipo de Identificación:**	Cédula_Ciudadanía	Edad:	35 Años \ 2 Meses \ 18 Días
Nombres:	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ				
Ciudad:	AGUACHICA (CESAR)				

4) CONTROL EN 2 MESES.

Recomendaciones y asesorías educativas

- [ ] 1. Evite las sustancias tóxicas como cigarrillo, licor y psicoactivas.
- [ ] 2. Evite el estrés.
- [ ] 3. Realice actividad física conforme a su condición de Salud en indicaciones especificas brindadas por su médico tratante y una dieta balanceada.
- [ ] 4. Recuerde la importancia de no auto medicarse.
- [ ] 5. Siga las recomendaciones dadas por el profesional de Salud.
- [ ] 6. Consulte en caso de Signo de Alarma.

Otras Recomendaciones

Proxima Consulta	Meses2	Tipo De Control	Especialista	Referido	PYP_nutricion

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento	Especialidad	Cantidad

ORDEN DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

Codigo | Nombre	Cantidad	Via de Administración	Posología
N06AB060011 - SERTRALINA X 50 MG TABLETA	30	Oral	TOMAR 1 TAB A LAS 8 AM POR 2 MESES
N05AQ000011 - QUETIAPINA X 25 MG TABLETA	30	Oral	TOMAR 1 TAB A LAS 8 PMPOR 2 MESES

Médico: NORIEGA JIMENEZ LUIS ALBERTO
T.P.: 8497/2005
Tipo: Medico_Especialista

Centro Integral de Apoyo Terapéutico CIATSuperar
NIT. 900135067-8
Calle 4 N° 21-01 Esquina - Barrio la Sabanita
Cel. Salud Ocupacional. 315 757 9856 - Cel. Rehabilitación Integral. 323 467 5832
E-mail. ciatsuperar@hotmail.com - ordenesciatsuperar@hotmail.com
www.ciatsuperar.com.co

PSICOLOGÍA

DATOS PERSONALES — **N° Atención: 12,00**

Ciudad: AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) **Fecha Atención:** 02/05/2023 09:17 AM
CC: 1093746652 **Nombres y Apellidos:** ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID **Fecha de Nacimiento:** 07/09/1988 **Edad:** 35 AÑOS
Genero: FEMENINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** AGUACHICA **Teléfono:** 312531863 **Celular:**
Entidad: UNIÓN TEMPORAL UT RED INTEGR **Ocupación:** DOCENTE **Acudiente:**
Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

DATOS DE LA CONSULTA

Motivo de la Consulta	Enfermedad Actual (Historico)
LA PACIENTE REFIERE: " QUE ES REMITIDA POR MEDICINA GENERAL, POR SU EMBARAZO"	NIEGA

DESARROLLO DESCRIPTIVO DE LA SESIÓN

PACIENTE INGRESA A CONSULTA CON UNA VESTIMENTA ACORDE A SU EMBARAZO, SE EVIDENCIA QUE SE ENCUENTRA UBICADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, EMOCIONALMENTE ESTABLE, MANTIENE CONTACTO VISUAL Y RESPONDE A LOS ESTIMULOS AUDITIVOS, MEDIANTE LA CONSULTA SE TIENE PRESENTE EL LENGUAJE SOCRATICO CON EL FIN DE IDENTIFICAR LOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES DEL PACIENTE Y EVENTOS PASADOS Y PRESENTES QUE LE GENEREN MALESTAR Y AFECTEN SU BIENESTAR EMOCIONAL, DURANTE LA CONSULTA SE INSTRUYE A LA PACIENTE DE ESTRATEGIAS DE GESTION DE SALUD MENTAL DURANTE EL PROCESO DE GESTACION, ASIMISMO SE LE INFORMA LOS ASPECTOS COGNITIVOS, EMOCIONALES Y CONDUCTUALES.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO	RELACIÓN
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	PRINCIPAL

PROCEDIMIENTO A SEGUIR / PRÓXIMOS CONVOCADOS

NO SE SOLICITA SEGUIMIENTO DE PSICOLOGIA.

DESCRIPCIÓN DE LA FAMILIA

FAMILIA NUCLEAR.NIEGA ANTECDENTES PSICOLOGICOS Y FISIOLOGICOS.

MÉDICO

Firma:

Nombre: AMAYA URIBE JAIRO DAVID

R. M.: 218003

Código de Seguridad

R685X39D2956

PACIENTE

Firma:

Nombre: ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID

CC: 1093746652

Centro Integral de Apoyo Terapéutico CIATSuperar
NIT. 900135067-8
Calle 4 N° 21-01 Esquina - Barrio la Sabanita
Cel. Salud Ocupacional. 315 757 9856 - Cel. Rehabilitación Integral. 323 467 5832
E-mail. ciatsuperar@hotmail.com - ordenesciatsuperar@hotmail.com
www.ciatsuperar.com.co

PSICOLOGÍA

DATOS PERSONALES — **N° Atención: 12,84**

Ciudad: AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) **Fecha Atención:** 06/07/2023 04:06 PM
CC: 1093746652 **Nombres y Apellidos:** ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID **Fecha de Nacimiento:** 07/09/1988 **Edad:** 35 AÑOS
Genero: FEMENINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** AGUACHICA **Teléfono:** 312531863 **Celular:**
Entidad: UNIÓN TEMPORAL UT RED INTEGR **Ocupación:** DOCENTE **Acudiente:**
Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

DATOS DE LA CONSULTA

Motivo de la Consulta	Enfermedad Actual (Historico)
SEGUIMIENTO DE PSICOLOGIA.	NIEGA.

DESARROLLO DESCRIPTIVO DE LA SESIÓN

PACIENTE QUE ASISTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, BUEN PORTE, BUENA ACTITUD. SE REALIZA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA POR MEDIO DE ACTIVIDAD ORIENTADA A LA TEORIA DEL ABC LA PACIENTE DEBÍA DESCRIBIR AQUELLOS ACONTECIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN SU VIDA, LUEGO AQUELLAS CREENCIAS QUE MANTIENE SOBRE DICHOS PENSAMIENTOS Y LOS ESTADOS EMOCIONALES QUE MANIFIESTAN A RAÍZ DE LAS MISMAS IDEAS.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO	RELACIÓN
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACION	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	PRINCIPAL

PROCEDIMIENTO A SEGUIR / PRÓXIMOS CONVOCADOS

SEGUIMIENTO DE 4 SESIONES DE PSICOLOGIA. REFIERE QUE YA ESTA EN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO; EL CUAL LE HA AYUDADO A ESTABLECER SU ESTADO EMOCIONAL EN EL PROCESO DE GESTACION.

DESCRIPCIÓN DE LA FAMILIA

FAMILIA NUCLEAR.NIEGA ANTECEDENTES PSICOLOGICOS Y FISIOLOGICOS.

MÉDICO

Firma:

Nombre: AMAYA URIBE JAIRO DAVID

R. M.: 218003

Código de Seguridad

Z685F39L3108

PACIENTE

Firma:

Nombre: ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID

CC: 1093746652

Centro Integral de Apoyo Terapéutico CIATSuperar
NIT. 900135067-8
Calle 4 N° 21-01 Esquina - Barrio la Sabanita
Cel. Salud Ocupacional. 315 757 9856 - Cel. Rehabilitación Integral. 323 467 5832
E-mail. ciatsuperar@hotmail.com - ordenesciatsuperar@hotmail.com
www.ciatsuperar.com.co

PSICOLOGÍA

DATOS PERSONALES — **N° Atención: 12,69**

Ciudad: AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) **Fecha Atención:** 29/06/2023 11:29 AM
CC: 1093746652 **Nombres y Apellidos:** ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID **Fecha de Nacimiento:** 07/09/1988 **Edad:** 35 AÑOS
Genero: FEMENINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** AGUACHICA **Teléfono:** 312531863 **Celular:**
Entidad: UNIÓN TEMPORAL UT RED INTEGR **Ocupación:** DOCENTE **Acudiente:**
Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

DATOS DE LA CONSULTA

Motivo de la Consulta	Enfermedad Actual (Historico)
MUJER EMBARAZADA COMENTA QUE " QUE NO PUEDE DORMIR, QUE SE SIENTE ESTRESADA"	NIEGA

DESARROLLO DESCRIPTIVO DE LA SESIÓN

PACIENTE FEMENINA, EN PROCESO DE GESTACION, INGRESA A CONSULTA CON BUENA PRESENTACION PERSONAL, SE EVIDENCIA QUE SE ENCUENTRA UBICADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, EMOCIONALMENTE DISFORICA, MANTIENE CONTACTO VISUAL Y RESPONDE A LOS ESTIMULOS AUDITIVOS, MEDIANTE LA CONSULTA SE TIENE PRESENTE EL LENGUAJE SOCRATICO CON EL FIN DE IDENTIFICAR LOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES DEL PACIENTE Y EVENTOS PASADOS Y PRESENTES QUE LE GENEREN MALESTAR Y AFECTEN SU BIENESTAR EMOCIONAL.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO	RELACIÓN
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACION	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	PRINCIPAL
Z718	OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS	ENFERMEDAD GENERAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	PRINCIPAL

PROCEDIMIENTO A SEGUIR / PRÓXIMOS CONVOCADOS

SE SOLICITA SEGUIMIENTO DE 4 SESIONES DE PSICOLOGIA, PARA INICIAR PROCESO TERAPEUTICO Y POR OTRA PARTE, SE REMITE AL PROFESIONAL DE PSQUIATRIA POR EL TEMA DEL SUEÑO.

DESCRIPCIÓN DE LA FAMILIA

FAMILIA NUCLEAR.NIEGA ANTECDENTES PSICOLOGICOS Y FISIOLOGICOS.

MÉDICO

Firma:

Nombre: AMAYA URIBE JAIRO DAVID

R. M.: 218003

Código de Seguridad

Q685W39C3073

PACIENTE

Firma:

Nombre: ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID

CC: 1093746652

Gmail **Asistente Administrativa LQAA <asistentereparaciondirectalpq@gmail.com>**

Derecho de Petición Historia Clínica.

1 mensaje

Asistente Administrativa LQAA <asistentereparaciondirectalpq@gmail.com> 23 de marzo de 2023, 15:54
Para: gerencia@cub.com.co

Bucaramanga, marzo 24 de 2023

Doctor
EDGAR RAMÓN FRANCO SERRANO
Representante Legal
CLÍNICA URGENCIAS DE BUCARAMANGA
Cr 33 # 53-27
Bucaramanga (S)

2 archivos adjuntos

Derecho de petición historia clinica - Clínica Urgencias de Bucaramanga (23-03-23) .docx.pdf
93K

Identificación.pdf
180K

Bucaramanga, marzo 23 de 2023

Doctor
EDGAR RAMÓN FRANCO SERRANO
Representante Legal
CLÍNICA URGENCIAS DE BUCARAMANGA
Cr 33 # 53-27
Bucaramanga (S)

REFERENCIA: Derecho de Petición Historia Clínica.

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.093.746.652, de la manera más respetuosa y en ejercicio del **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICIÓN**, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito solicitar, me sea expedida auténtica e íntegra copia de la HISTORIA CLÍNICA correspondiente al periodo comprendido entre el año 2021 y 2022:

PETICIÓN

Específicamente solicitó los siguientes Registros Obligatorios de la HISTORIA CLÍNICA:

1. Historia Clínica de Hospitalización
2. Historia Clínica de Urgencias
3. Historia Clínica de Consulta Externa
4. Hojas de Evolución Médica
5. Hojas de Evolución y Notas de Enfermería
6. Hojas de Aplicación de Medicamentos
7. Reporte de Exámenes realizados
8. Hojas de Notas de Cirujano de Procedimientos Quirúrgicos. (Si se realizaron procedimientos quirúrgicos)
9. Hojas de Valoración Pre Anestésica. (Si se realizaron procedimientos de anestesia)
10. Hojas de Procedimiento de Anestesia. (Si se realizaron procedimientos de anestesia)
11. Hojas de Notas de Ayudante de Anestesia. (Si se realizaron procedimientos de anestesia)
12. Hojas de Notas de Enfermería Ayudante de Cirugía. (Si se realizaron procedimientos quirúrgicos)
13. Hojas de Notas de Auxiliar de Anestesia. (Si se realizaron procedimientos de anestesia)
14. Hojas de Referencia y Contrarreferencia
15. Hojas de Solicitud y Respuesta de Interconsulta
16. Hojas de Epicrisis
17. Hojas de Consentimiento Informado

Solicito muy respetuosamente, sean entregados los Registros de acuerdo con esta clasificación, es decir, un archivo de HISTORIA CLÍNICA, conteniendo

las diferentes carpetas, identificadas cada una con el nombre del Registro correspondiente. Asimismo, de ser posible remitir Historia Clínica numerada conforme al Software de su entidad.

Si alguno de los registros enumerados no es posible enviarlo, deben especificar en la contestación del presente Derecho de Petición, la razón por lo cual no es entregado.

Ejerzo el derecho que tienen todos los pacientes y sus familiares a conocer su Historia Clínica y a lo dispuesto en la ley 23 de 1981 reglamentada por el decreto 3380 de 1981, y a lo preceptuado en los artículos 1 y 13 de la resolución 1995 de 1999 y resolución 4331 de 2012.

Con el fin de que sea atendida mi solicitud, manifiesto que estoy presto a cancelar los gastos que ocasione la expedición de las mencionadas copias.

ANEXOS

- Fotocopia de mi cédula de ciudadanía.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío, Tel 7497777 Ext. 18. Correo electrónico (auxiliar1rd@lopezquinteroabogados.com).

Atentamente,

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CC. 1.093.746.652

Gmail **Asistente Administrativa LQAA <asistentereparaciondirectalpq@gmail.com>**

Derecho de Petición Historia Clínica.

1 mensaje

Asistente Administrativa LQAA <asistentereparaciondirectalpq@gmail.com> 23 de marzo de 2023, 15:56
Para: info@unimujerips.com

Aguachica, marzo 23 de 2023

Doctor
GUSTAVO ADOLFO INSIGNARES GUTIERREZ
Representante Legal
UNIMUJER MATERNO INFANTIL S.A.S
Carrera 33 No 6-29
Aguachica (C)

2 archivos adjuntos

Identificación.pdf
180K

Derecho de petición historia clinica - Unimujer Materno Infantil S.A.S (23-03-23) .docx.pdf
92K

Aguachica, marzo 23 de 2023

Doctor
GUSTAVO ADOLFO INSIGNARES GUTIERREZ
Representante Legal
UNIMUJER MATERNO INFANTIL S.A.S
Carrera 33 No 6-29
Aguachica (C)

REFERENCIA: Derecho de Petición Historia Clínica.

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.093.746.652, de la manera más respetuosa y en ejercicio del **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICIÓN**, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito solicitar, me sea expedida auténtica e íntegra copia de la HISTORIA CLÍNICA correspondiente al periodo comprendido entre el año 2021 y 2022:

PETICIÓN

Específicamente solicitó los siguientes Registros Obligatorios de la HISTORIA CLÍNICA:

1. Historia Clínica de Hospitalización
2. Historia Clínica de Urgencias
3. Historia Clínica de Consulta Externa
4. Hojas de Evolución Médica
5. Hojas de Evolución y Notas de Enfermería
6. Hojas de Aplicación de Medicamentos
7. Reporte de Exámenes realizados
8. Hojas de Notas de Cirujano de Procedimientos Quirúrgicos. (Si se realizaron procedimientos quirúrgicos)
9. Hojas de Valoración Pre Anestésica. (Si se realizaron procedimientos de anestesia)
10. Hojas de Procedimiento de Anestesia. (Si se realizaron procedimientos de anestesia)
11. Hojas de Notas de Ayudante de Anestesia. (Si se realizaron procedimientos de anestesia)
12. Hojas de Notas de Enfermería Ayudante de Cirugía. (Si se realizaron procedimientos quirúrgicos)
13. Hojas de Notas de Auxiliar de Anestesia. (Si se realizaron procedimientos de anestesia)
14. Hojas de Referencia y Contrarreferencia
15. Hojas de Solicitud y Respuesta de Interconsulta
16. Hojas de Epicrisis
17. Hojas de Consentimiento Informado

Solicito muy respetuosamente, sean entregados los Registros de acuerdo con esta clasificación, es decir, un archivo de HISTORIA CLÍNICA, conteniendo

las diferentes carpetas, identificadas cada una con el nombre del Registro correspondiente. Asimismo, de ser posible remitir Historia Clínica numerada conforme al Software de su entidad.

Si alguno de los registros enumerados no es posible enviarlo, deben especificar en la contestación del presente Derecho de Petición, la razón por lo cual no es entregado.

Ejerzo el derecho que tienen todos los pacientes y sus familiares a conocer su Historia Clínica y a lo dispuesto en la ley 23 de 1981 reglamentada por el decreto 3380 de 1981, y a lo preceptuado en los artículos 1 y 13 de la resolución 1995 de 1999 y resolución 4331 de 2012.

Con el fin de que sea atendida mi solicitud, manifiesto que estoy presto a cancelar los gastos que ocasione la expedición de las mencionadas copias.

ANEXOS

- Fotocopia de mi cédula de ciudadanía.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío, Tel 7497777 Ext. 18. Correo electrónico (auxiliar1rd@lopezquinteroabogados.com).

Atentamente,

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CC. 1.093.746.652

Aguachica, junio 26 de 2023

27 06 2023
9:27am

Doctora
NILSA ROCIO TRUJILLO ARANA
Representante Legal
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S.
Calle 5 No. 32 – 07
Aguachica (C)

REFERENCIA: Derecho de Petición Historia Clínica.

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.093.746.652, de la manera más respetuosa y en ejercicio del **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICIÓN**, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito solicitar, me sea expedida la HISTORIA CLÍNICA completa que repose en su institución de los años 2022 y 2023.

Solicito remitir Historia Clínica numerada en consecutivo conforme al Software de su entidad o foliada cronológicamente.

Si algún registro obligatorio no es posible enviarlo, deben especificar en la contestación del presente Derecho de Petición, la razón por lo cual no es entregado.

Ejerzo el derecho que tienen todos los pacientes y sus familiares a conocer su Historia Clínica y a lo dispuesto en la ley 23 de 1981 reglamentada por el decreto 3380 de 1981, y a lo preceptuado en los artículos 1 y 13 de la resolución 1995 de 1999 y resolución 4331 de 2012.

Con el fin de que sea atendida mi solicitud, manifiesto que estoy presto a cancelar los gastos que ocasione la expedición de las mencionadas copias.

ANEXOS

- Fotocopia de mi cédula de ciudadanía.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío. Tel 7497777 Ext. 18. Correo electrónico: asistentearmenia@lopezquinteroabogados.com

Atentamente,

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CC. 1.093.746.652

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>

Derecho de Petición de Historia Clínica

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com> 11 de septiembre de 2023, 13:27
Para: secretariacema16@clinicacema.com.co, "juridicacemaaguachica@gmail.com" <juridicacemaaguachica@gmail.com>

Aguachica, 11 de septiembre de 2023

Doctora
NILSA ROCIO TRUJILLO ARANA
Representante Legal
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S.
Calle 5 No. 32 – 07
Aguachica (C)

REFERENCIA: Derecho de Petición Historia Clínica.

Derecho de petición historia clinica - CEMA (11-09-23) .docx.pdf
93K

Aguachica, 11 de septiembre de 2023

Doctora
NILSA ROCIO TRUJILLO ARANA
Representante Legal
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S.
Calle 5 No. 32 – 07
Aguachica (C)

REFERENCIA: Derecho de Petición Historia Clínica.

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.093.746.652, de la manera más respetuosa y en ejercicio del **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICIÓN**, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito solicitar, me sea expedida la HISTORIA CLÍNICA completa que repose en su institución de los meses julio, agosto y septiembre del año 2023 hasta la fecha.

PETICIÓN

Específicamente solicitó los siguientes Registros Obligatorios de la HISTORIA CLÍNICA:

1. Historia Clínica de Hospitalización
2. Historia Clínica de Urgencias
3. Historia Clínica de Consulta Externa
4. Hojas de Evolución Médica
5. Hojas de Evolución y Notas de Enfermería
6. Hojas de Aplicación de Medicamentos
7. Reporte de Exámenes realizados
8. Hojas de Notas de Cirujano de Procedimientos Quirúrgicos.
9. Hojas de Valoración Pre Anestésica.
10. Hojas de Procedimiento de Anestesia.
11. Hojas de Notas de Ayudante de Anestesia.
12. Hojas de Notas de Enfermería Ayudante de Cirugía.
13. Hojas de Notas de Auxiliar de Anestesia.
14. Hojas de Referencia y Contrarreferencia
15. Hojas de Solicitud y Respuesta de Interconsulta

16. Hojas de Epicrisis
17. Hojas de Consentimiento Informado

Solicito remitir Historia Clínica numerada en consecutivo conforme al Software de su entidad o foliada cronológicamente.

Si alguno de los registros enumerados no es posible enviarlo, deben especificar en la contestación del presente Derecho de Petición, la razón por lo cual no es entregado.

Ejerzo el derecho que tienen todos los pacientes y sus familiares a conocer su Historia Clínica y a lo dispuesto en la ley 23 de 1981 reglamentada por el decreto 3380 de 1981, y a lo preceptuado en los artículos 1 y 13 de la resolución 1995 de 1999 y resolución 4331 de 2012.

Con el fin de que sea atendida mi solicitud, manifiesto que estoy presto a cancelar los gastos que ocasione la expedición de las mencionadas copias

OBJETO

La solicitud previamente realizada tiene como objeto el conocimiento de una información, con el fin de acceder a la administración de justicia.

ANEXOS

- Fotocopia de mi cédula de ciudadanía.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío. Tel:3187083036 7497777 Ext. 18. Correo electrónico:asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com

Atentamente,

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CC. 1.093.746.652

Abogadas del Área de Reparación Directa <auxiliar1rd@lopezquinteroabogados.com>

Derecho de Petición de Información

Abogadas del Área de Reparación Directa <auxiliar1rd@lopezquinteroabogados.com> 18 de julio de 2023, 10:02
Para: info@santander.gov.co, notificaciones@santander.gov.co

Bucaramanga, 18 de julio de 2023

Doctor

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUÁREZ
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE SANTANDER
Calle 45 No 11-52
Bucaramanga (S)

REFERENCIA: Derecho de petición de información

Derecho de petición - Secretaría de Salud (18-07-23).docx.pdf
329K

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS
Honestidad y Eficiencia

Bucaramanga, 18 de julio de 2023

Doctor

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUÁREZ
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE SANTANDER
Calle 45 No 11-52
Bucaramanga (S)

REFERENCIA: Derecho de petición de información

LAURA MARCELA LÓPEZ QUINTERO, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Armenia Q, identificada con la cédula de ciudadanía No 41.960.717 de Armenia Q, de la manera más respetuosa y en ejercicio del **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICIÓN**, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito solicitar, se me resuelvan las siguientes:

PETICIONES

PRIMERO. Solicito se me expida copia de la Certificación de Existencia y Representación Legal de la Fundación Oftalmológica de Santander - Foscal.

RAZONES EN QUE SE FUNDAMENTA

La presente petición se fundamenta en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia que regula el derecho fundamental de petición, reglamentado a su vez por la Ley 1755 de 2015.

OBJETO

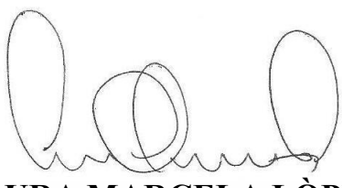
La información y documentación solicitada, tienen como objeto garantizar el derecho que ostentamos todos los ciudadanos de conocer de primera mano, las condiciones de prestación de los servicios de salud en el Sistema Integral de Seguridad Social.

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS
Honestidad y Eficiencia

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío, Tel 7497777 Ext. 18. Correo electrónico auxiliar1rd@lopezquinteroabogados.com.

Atentamente,



LAURA MARCELA LÒPEZ QUINTERO
C.C. 41.960.717 de Armenia Q.

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>

Derecho de Petición Historia Clínica

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com> 8 de noviembre de 2023, 10:51
Para: unimujerips@gmail.com

Aguachica, 08 de noviembre de 2023

Doctor
GUSTAVO ADOLFO INSIGNARES GUTIERREZ
Representante Legal
UNIMUJER MATERNO INFANTIL S.A.S
Carrera 33 No 6-29
Aguachica (C)

REFERENCIA: Derecho de Petición Historia Clínica.

2 adjuntos

Derecho de petición historia clinica - Registro imagenologico - Ecografias (08-11-23).docx.pdf
218K

Viviana Yasid Archila.pdf
180K

Aguachica, 08 de noviembre de 2023

Doctor
GUSTAVO ADOLFO INSIGNARES GUTIERREZ
Representante Legal
UNIMUJER MATERNO INFANTIL S.A.S
Carrera 33 No 6-29
Aguachica (C)

REFERENCIA: Derecho de Petición Historia Clínica.

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.093.746.652, de la manera más respetuosa y en ejercicio del **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICIÓN**, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito solicitar, me sean expedidos los exámenes paraclínicos completos que reposen en su institución de los años 2022 y 2023.

PETICIÓN

Específicamente solicitó el siguiente Registro Obligatorio de la HISTORIA CLÍNICA:

1. Registros imagenológicos y reportes de las Ecografías, que reposen en su institución de los años 2022 y 2023.

Si el registro enumerado no es posible enviarlo, deben especificar en la contestación del presente Derecho de Petición, la razón por lo cual no es entregado.

Ejerzo el derecho que tienen todos los pacientes y sus familiares a conocer su Historia Clínica y a lo dispuesto en la ley 23 de 1981 reglamentada por el decreto 3380 de 1981, y a lo preceptuado en los artículos 1 y 13 de la resolución 1995 de 1999 y resolución 4331 de 2012.

Con el fin de que sea atendida mi solicitud, manifiesto que estoy presto a cancelar los gastos que ocasione la expedición de las mencionadas copias.

OBJETO

La solicitud previamente realizada tiene como objeto el conocimiento de una información, con el fin de acceder a la administración de justicia.

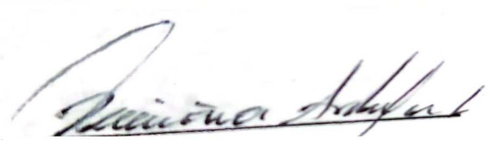
ANEXOS

- Fotocopia de mi cédula de ciudadanía.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío, Tel 7497777 Ext. 18. Correo electrónico: asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com

Atentamente,



VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CC. 1.093.746.652

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>

Derecho de Petición de Historia Clínica - Psiquiatria

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com> 16 de noviembre de 2023, 13:39
Para: secretariacema16@clinicacema.com.co, juridicacemaaguachica@gmail.com

Aguachica, 16 de noviembre de 2023

Doctora
NILSA ROCIO TRUJILLO ARANA
Representante Legal
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S.
Calle 5 No. 32 – 07
Aguachica (C)

2 adjuntos

Derecho de petición historia clinica - CEMA (16-11-23) .docx.pdf
91K

Identificación.pdf
180K

Aguachica, 16 de noviembre de 2023

Doctora
NILSA ROCIO TRUJILLO ARANA
Representante Legal
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S.
Calle 5 No. 32 – 07
Aguachica (C)

REFERENCIA: Derecho de Petición Historia Clínica.

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.093.746.652, de la manera más respetuosa y en ejercicio del **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICIÓN**, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito solicitar, me sea expedida la HISTORIA CLÍNICA completa que repose en su institución de los años 2022 y 2023.

PETICIÓN

Específicamente solicitó el siguiente Registro Obligatorio de la HISTORIA CLÍNICA:

1. Historia Clínica de Consulta de Psiquiatría.

Solicito remitir Historia Clínica numerada en consecutivo conforme al Software de su entidad o foliada cronológicamente.

Si el registro enumerado no es posible enviarlo, deben especificar en la contestación del presente Derecho de Petición, la razón por lo cual no es entregado.

Ejerzo el derecho que tienen todos los pacientes y sus familiares a conocer su Historia Clínica y a lo dispuesto en la ley 23 de 1981 reglamentada por el decreto 3380 de 1981, y a lo preceptuado en los artículos 1 y 13 de la resolución 1995 de 1999 y resolución 4331 de 2012.

Con el fin de que sea atendida mi solicitud, manifiesto que estoy presto a cancelar los gastos que ocasione la expedición de las mencionadas copias

OBJETO

La solicitud previamente realizada tiene como objeto el conocimiento de una información, con el fin de acceder a la administración de justicia.

ANEXOS

- Fotocopia de mi cédula de ciudadanía.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío. Tel:3187083036 7497777 Ext. 18. Correo electrónico:asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com

Atentamente,

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CC. 1.093.746.652

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>

Derecho de Petición de Historia Clínica - Psicologia

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com> 16 de noviembre de 2023, 13:51
Para: ciatsuperar@hotmail.com, ordenesciatsuperar@hotmail.com

Aguachica, 16 de noviembre de 2023

Doctora
MARTHA LUCIA CONTRERAS
Representante Legal
CENTRO INTEGRAL DE APOYO TERAPEUTICO SUPERAR. CIAT SUPERAR EMPRESA UNIPERSONAL
Calle 4 No. 21 – 01 Esquina Barrio la Sabanita
Aguachica (C)

2 adjuntos

_Derecho de petición historia clinica -CIATSUPERAR (16-11-23) .docx.pdf
92K

Identificación.pdf
180K

Aguachica, 16 de noviembre de 2023

Doctora
MARTHA LUCIA CONTRERAS
Representante Legal
CENTRO INTEGRAL DE APOYO TERAPEUTICO SUPERAR. CIAT SUPERAR EMPRESA UNIPERSONAL
Calle 4 No. 21 – 01 Esquina Barrio la Sabanita
Aguachica (C)

REFERENCIA: Derecho de Petición Historia Clínica.

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.093.746.652, de la manera más respetuosa y en ejercicio del **DERECHO FUNDAMENTAL DE PETICIÓN**, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito solicitar, me sea expedida la HISTORIA CLÍNICA completa que repose en su institución de los años 2022 y 2023.

PETICIÓN

Específicamente solicitó el siguiente Registro Obligatorio de la HISTORIA CLÍNICA:

1. Historia Clínica de Consulta de Psicología.

Solicito remitir Historia Clínica numerada en consecutivo conforme al Software de su entidad o foliada cronológicamente.

Si el registro enumerado no es posible enviarlo, deben especificar en la contestación del presente Derecho de Petición, la razón por lo cual no es entregado.

Ejerzo el derecho que tienen todos los pacientes y sus familiares a conocer su Historia Clínica y a lo dispuesto en la ley 23 de 1981 reglamentada por el decreto 3380 de 1981, y a lo preceptuado en los artículos 1 y 13 de la resolución 1995 de 1999 y resolución 4331 de 2012.

Con el fin de que sea atendida mi solicitud, manifiesto que estoy presto a cancelar los gastos que ocasione la expedición de las mencionadas copias

OBJETO

La solicitud previamente realizada tiene como objeto el conocimiento de una información, con el fin de acceder a la administración de justicia.

ANEXOS

- Fotocopia de mi cédula de ciudadanía.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío. Tel:3187083036 7497777 Ext. 18. Correo electrónico:asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com

Atentamente,

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CC. 1.093.746.652

Gmail **Asistente Administrativa LQAA <asistentereparaciondirectalpq@gmail.com>**

Respuesta a Derecho de Petición radicado de forma virtual a la dirección electrónica gerencia@cub.com.co de la IPS Clínica CUB S.A.S.

2 mensajes

Jessica Martinez CUB <asistentemd@cub.com.co> 4 de abril de 2023, 13:35
Para: auxiliar1rd@lopezquinteroabogados.com
CC: asistentereparaciondirectalpq@gmail.com

Buena tarde Sra. Archila:

La Dirección Médica de la IPS Clínica de Urgencias Bucaramanga, notifica respuesta a Derecho Petición , radicado en forma virtual en la IPS para su conocimiento.

Agradezco la atención prestada, por favor acusar recibido a vuelta de correo.

Cordialmente,

Ing. Jessica Viviana Martínez Álvarez
Asistente Dirección Médica
Carrera 33 No 53- 27 Cabecera del Llano
Tel: (7) 6436131 Ext 205
Bucaramanga - Santander
www.cub.com.co

La información de este mensaje es legalmente privilegiada y para uso exclusivo del destinatario. Por lo tanto, su reproducción, uso, interceptación, retención o sustracción, está prohibida a persona diferente al destinatario, acciones que serán penalizadas conforme las normas legales vigentes. Si usted ha recibido este correo por error, equivocación u omisión, por favor notifique de inmediato al remitente y destruya la información aquí contenida. Si sus datos personales están incluidos en este mensaje y desea conocer el tratamiento, finalidad y canales establecidos por la organización para ejercer sus derechos como Titular conforme la normativa vigente, puede consultar la Política de Tratamiento de la Información que para el efecto hemos dispuesto en nuestra página web.

De: "Olga Mendoza CUB" <secretariagerencia@cub.com.co>
Para: "Fernando Villarreal CUB" <directormedico@cub.com.co>, "Jessica Martinez CUB" <asistentemd@cub.com.co>
CC: "Fernando Villarreal CUB" <gerente@cub.com.co>
Enviados: Jueves, 23 de Marzo 2023 16:10:05
Asunto: Fwd: Derecho de Petición Historia Clínica.

Buena tarde :

Me permito reenviar correo derecho de petición de Viviana Yasid Archila Landeniez con solicitud de historia clínica

Agradezco su atención a la presente.

Cordialmente,

Olga Lucia Mendoza B.
Secretaria de Gerencia
CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.
Carrera 33 No 53- 27 Cabecera del Llano
Tel: 6436281
Bucaramanga - Santander
www.cub.com.co

La información de este mensaje es legalmente privilegiada y para uso exclusivo del destinatario. Por lo tanto, su reproducción, uso, interceptación, retención o sustracción, está prohibida a persona diferente al destinatario, acciones que serán penalizadas conforme las normas legales vigentes. Si usted ha recibido este correo por error, equivocación u omisión, por favor notifique de inmediato al remitente y destruya la información aquí contenida. Si sus datos personales están incluidos en este mensaje y desea conocer el tratamiento, finalidad y canales establecidos por la organización para ejercer sus derechos como Titular conforme la normativa vigente, puede consultar la Política de Tratamiento de la Información que para el efecto hemos dispuesto en nuestra página web.

De: "Asistente Administrativa LQAA" <asistentereparaciondirectalpq@gmail.com>
Para: "CUB" <gerencia@cub.com.co>
Enviados: Jueves, 23 de Marzo 2023 15:54:22
Asunto: Derecho de Petición Historia Clínica.

Bucaramanga, marzo 24 de 2023

Doctor
EDGAR RAMÓN FRANCO SERRANO
Representante Legal
CLÍNICA URGENCIAS DE BUCARAMANGA
Cr 33 # 53-27
Bucaramanga (S)

---

2 archivos adjuntos

DM_04_2023_02 RTA DP VIVIANA ARCHILA.pdf
430K

REGISTRO 346867 CLINICA CUB SAS.zip
6156K

Asistente Administrativa LQAA <asistentereparaciondirectalpq@gmail.com> 10 de abril de 2023, 08:41
Para: Jessica Martinez CUB <asistentemd@cub.com.co>

Acuso recibido, muchas gracias.
[Texto citado oculto]

Clínica Urgencias Bucaramanga	CARTA	CODIGO: FO-GC-438	VERSION: V1
		PAGINA 1	

Bucaramanga, 01 de abril de 2023

DM-04-2023-02

Señora
VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
auxiliar1rd@lopezquinteroabogados.com
Ciudad

Asunto: Respuesta a Derecho de Petición radicado de forma virtual a la dirección electrónica gerencia@cub.com.co de la IPS Clínica CUB S.A.S.
Referencia: Solicitud Historia Clínica asegurada Viviana Yasid Archila Landinez.

Cordial saludo, Sra. Archila:

Tras la radicación de su Petición a esta dependencia y en cumplimiento de nuestra misión, nos permitimos informar que:

Se hace precisión que el representante legal de la IPS Clínica de Urgencias Bucaramanga S.A.S. es el Dr. FERNANDO VILLARREAL AMAYA, tal como registra en la Cámara de Comercio de Bucaramanga, por lo tanto, es sustancial para próximos requerimientos hacer referencia a la persona descrita anteriormente para evitar inconsistencias en el proceso de respuesta a los mismos.

La CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S. cumple con las disposiciones sobre la custodia, manejo y conservación de la Historia Clínica de los pacientes que son atendidos en nuestra institución por ello, este documento es sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente; reserva confirmada por el artículo 24 del CPACA numeral 4, así como por el literal g) del artículo 10 de la ley estatutaria 1751 del 2015 y en el mismo sentido el artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999, modificada por la Resolución 1715 de 2005, así como el artículo 14 de la Resolución 1995 de 1999 nos indica que, tienen acceso a la Historia Clínica: El usuario, el equipo de salud, las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la ley y las demás personas determinadas en la ley.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, me permito enviar una (1) carpeta digital en extensión ZIP con diecisiete (17) archivos en PDF con treinta y un (31) folios, que contiene la historia objeto de la petición.

Es preciso indicar que la IPS Clínica de Urgencias Bucaramanga S.A.S. está comprometida con la mejora continua en los procesos de prestación de servicios de salud, bajo los parámetros del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, política de humanización y normatividad en salud vigente.

Agradezco la atención prestada

Atentamente,

MD. JOSE FERNANDO GRANADOS R.
Director Médico

Proyectó: Jessica M.
Revisó: Md. José Granados R.
Aprobó: Md. José Granados R.

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS

Dependiente Secretarial <asistentearmenia@lopezquinteroabogados.com>

RESPUESTA A SOLICITUD

1 mensaje

unimujerIPS <unimujerips@gmail.com> 22 de mayo de 2023, 13:39
Para: asistentearmenia@lopezquinteroabogados.com

Adjunto envio respuesta a su solicitud

--

IRMA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Subgerente
Email: unimujerips@gmail.com
Celular: 3138718232

2 adjuntos

RESPUESTA.docx
90K

HISTORIA CLINICA VIVIANA ARCHILA LANDINEZ (1) - copia.pdf
585K

UNIMUJER
MATERNOINFANTIL S.A.S

Aguachica 19 de mayo de 2023

Señora
VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
Carrera 13 No. 15 Norte 35
Armenia, Quindío
Correo electrónico: asistentearmenia@lopezquinteroabogados.com

Cordial saludo

Con mi acostumbrado respeto me permito dirigirme a usted para dar respuesta a la petición presentada, remitiéndole copia de su historia clínica.

Con respecto a su petición es necesario aclarar que nuestra IPS no presta ningún servicio relacionado con hospitalización ni urgencias, ya que solo realizamos consulta externa

1. Historia Clínica de Hospitalización. No existe.
2. Historia Clínica de Urgencias. No existe.
3. Historia Clínica de Consulta Externa. Se remite
4. Hojas de Evolución Médica. No existe
5. Hojas de Evolución y Notas de Enfermería. No existe
6. Hojas de Aplicación de Medicamentos. No existe
7. Reporte de Exámenes realizados. No existe
8. Hojas de Notas de Cirujano de Procedimientos Quirúrgicos. (Si se realizaron procedimientos quirúrgicos). No existe
9. Hojas de Valoración Pre Anestésica. (Si se realizaron procedimientos de anestesia). No existe
10. Hojas de Procedimiento de Anestesia. (Si se realizaron procedimientos de anestesia). No existe
11. Hojas de Notas de Ayudante de Anestesia. (Si se realizaron procedimientos de anestesia). No existe
12. Hojas de Notas de Enfermería Ayudante de Cirugía. (Si se realizaron procedimientos quirúrgicos)
13. Hojas de Notas de Auxiliar de Anestesia. (Si se realizaron procedimientos de anestesia). No existe
14. Hojas de Referencia y Contrarreferencia. No existe
15. Hojas de Solicitud y Respuesta de Interconsulta. No existe
16. Hojas de Epicrisis. No existe
17. Hojas de Consentimiento Informado. No existe

Atentamente,

IRMA SENOVIA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Subgerente Administrativa

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS

Dependiente Secretarial <asistentearmenia@lopezquinteroabogados.com>

HISTORIAL CLINICO AÑO 2022 Y 2023 - VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ

1 mensaje

Jeraldine Leguizamon <san.atencionusuarioagu@utr7magisterio.com> 19 de julio de 2023, 16:51
Para: asistentearmenia@lopezquinteroabogados.com

Buenas tardes

Cordial saludo,

Me permito adjuntar historial clínico de los años 2022 y 2023 de la señora VIVIANA ARCHILA completo que reposa en la entidad, dando cumplimiento a su petición

Cordialmente,

Jeraldine Leguizamon Badillo
Atención Al Usuario
Clinica de Especialistas Maria auxiliadora sede 1

Calle 7 N 33– 10 Barrio Alto Prado – Aguachica Cesar

"PROTECCIÓN DE DATOS: Le informamos que sus datos de carácter personal, serán sometidos a los fines establecidos conforme a la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios. CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA mantiene estrictos procedimientos y políticas para la salvaguarda de los datos personales que hayan sido o sean recolectados en desarrollo de nuestras actividades.

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo y toda información adjunta pertenecen a CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA y son para uso exclusivo del destinatario intencional. Esta comunicación puede contener información confidencial o de acceso privilegiado. Si usted ha recibido este correo por error, equivocación u omisión favor notificar en forma inmediata al remitente y eliminar dicho mensaje con sus anexos. La utilización, copia, impresión, retención, divulgación, reenvió o cualquier acción tomada sobre este mensaje y sus anexos queda estrictamente prohibido y puede ser sancionado legalmente."

VIVIANA YASID ARCHILA.rar
7954K

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>

RESPUESTA DERECHO DE PETICIÓN VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ

Diana Marley Guzmán <calidad@clinicacema.com.co> 26 de septiembre de 2023, 18:40
Para: asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com
Cc: NILSA ROCIO TRUJILLO <gerenciacemaaguachica@gmail.com>, Secretariacema16 <secretariacema16@clinicacema.com.co>

--

Buenas tardes,

Señora
VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ

Cordial saludo,

La Clínica de Especialista Maria Auxiliadora SAS. remite respuesta a su petición en cuanto a las historias clínicas solicitadas.

Quedamos atentos ante cualquier inquietud,

-
Cordialmente,

Diana Marley Guzmán
Auditora de Calidad.
Especialista en Gerencia y Auditoria de servicios de Salud.
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA SAS
Calle 5 # 32-07
Correo electrónico: calidadcema@gmail.com

CEMA
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.

3 adjuntos

Derecho de petición historia clinica - CEMA (11-09-23) .docx (1).pdf
93K

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ.pdf
180K

Respuesta solicitud de Historia Clinica - VIVIANA YASID ARCHILA (1) (1).pdf
3255K

SEÑORES
VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CC. No. 1.093.746.652
Carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío.
Tel:3187083036 7497777 Ext. 18.
Correo electrónico: asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com
E.S.D.

Referencia: Respuesta
Asunto: "Solicitud Historia Clínica"

Cordial Saludo:

Por medio del presente doy respuesta al derecho de petición allegado el día 11 de septiembre de 2023, en el que solicitan lo siguiente:

> "Específicamente solicitó los siguientes Registros Obligatorios de la HISTORIA CLÍNICA:
>
> 1. Historia Clínica de Hospitalización
> 2. Historia Clínica de Urgencias
> 3. Historia Clínica de Consulta Externa
> 4. Hojas de Evolución Médica
> 5. Hojas de Evolución y Notas de Enfermería
> 6. Hojas de Aplicación de Medicamentos
> 7. Reporte de Exámenes realizados
> 8. Hojas de Notas de Cirujano de Procedimientos Quirúrgicos.
> 9. Hojas de Valoración Pre Anestésica.
> 10. Hojas de Procedimiento de Anestesia.
> 11. Hojas de Notas de Ayudante de Anestesia.
> 12. Hojas de Notas de Enfermería Ayudante de Cirugía.
> 13. Hojas de Notas de Auxiliar de Anestesia.
> 14. Hojas de Referencia y Contrarreferencia
> 15. Hojas de Solicitud y Respuesta de Interconsulta
> 16. Hojas de Epicrisis
> 17. Hojas de Consentimiento Informado".

Verificado el contenido de la solicitud a la que se anexa copia de la cedula de ciudadanía de la peticionante, es pertinente hacerle las siguientes precisiones:

El ordenamiento jurídico colombiano es cauteloso en la protección y confidencialidad de la Historia Clínica, pues se caracteriza por ser un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal, obligatorio y sometido a

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 6500870 – Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional : 018000910383

reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

En armonia con lo anterior, la Ley 23 de 1981, "por la cual se dictan normas en materia de etica medica", en su articulo 34, define la historia clinica como: El registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, como un documento privado sometido a reserva, que unicamente puede ser conocido por terceros previa autorizacion del paciente o en los casos previstos en la Ley.

A su vez, la resolucion No. 1995 de 1999 "Por la cual se dictan normas para el manejo de la historia clinica", señala en el articulo 14, que podran acceder a la informacion contenida en la historia clinica, en los terminos previstos en la ley:

- El Usuario
- El equipo de salud.
- Las autoridades judiciales en los casos previstos en la ley.
- Las demas personas determinadas en la ley.

Ahora bien, el numeral 4 del articulo 14 de la citada Resolucion, ha consagrado la posibilidad de que accedan a la Historia Clinica aquellas otras personas que expresamente autorice la ley; en este sentido, vale la pena señalar que de acuerdo con lo provisto en el articulo 20 de la ley 57 de 1985, "el carácter reservado de un documento no será oponible a las autoridades que lo soliciten para el debido ejercicio de sus funciones", a su vez, "corresponde a dichas autoridades asegurar la reserva de los documentos que lleguen a conocer en desarrollo de lo prescrito en este artículo".

Dispone la resolucion 1995 de 1999 lo siguiente:

> **ARTÍCULO 15.- RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.** Modificado por el art. 2, Resolución del Min. Protección 1715 de 2005.
>
> La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTÍCULO 16.- SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

Sobre el carácter reservado de la historia clínica, cabe advertir, que la jurisprudencia, en forma reiterada, ha insistido en otorgarle la protección ordenada por la Constitución, por lo que la Corte en sentencia T-413 de 1993, manifestó lo siguiente:

> La violación del artículo 15 de la Constitución, amerita que, en la parte resolutiva de esta providencia, se tutele el derecho a la intimidad del actor, confirmando las decisiones de instancia y ordenando que las evaluaciones sicológica y siquiátrica realizadas al señor Corrales Larrarte, sean devueltas a su historia clínica en el Hospital Militar Central, único archivo o banco de datos donde legítimamente reposarán, sometidas a la reserva que ordena la ley. Como se violó la reserva de la historia clínica del actor y esa transgresión puede constituir una falta a la ética médica, se remitirá copia del expediente al Tribunal Nacional de Ética Médica, para lo de su competencia. Empero, ya que sólo parte del personal del Hospital Militar Central está compuesto por militares en servicio activo, se remitirá también copia a la Procuraduría Delegada para las Fuerzas Militares, pues el artículo 91 de la Constitución señala que, únicamente para los militares en servicio se exceptúa la regla general de que el mandato superior no exime de responsabilidad.

En este orden de ideas, tenemos que la Historia Clínica es un documento de carácter confidencial y privado, sometido a reserva, por lo que la regla general es que terceras personas no pueden tener acceso a la historia clínica excepto que el paciente o persona titular de esta, expresamente lo autorice de forma previa, o en los casos previstos por la ley, según lo señalado en el artículo 38 de la ley 23 de 1981, concordante con lo

reiterado en la Resolución 1995 de 1999 expedida por el hoy Ministerio de Salud y la Protección Social, el cual en su artículo 14 taxativamente señala las personas que pueden acceder a este documento y sus anexos, son: el usuario; el equipo de salud, entendido por los profesionales, técnicos y auxiliares que realizan la atención clínico asistencial directa al usuario; entidades administradoras de recursos del sistema general de seguridad social en salud, tales como las EPS y ARL, entre otras, dentro de la labor de auditoria que le corresponde adelantar, en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación, según lo dispuesto en el artículo 5 del decreto 1725 de 1999; los auditores médicos de las prestadoras responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado; las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos por la ley, y las demás personas indicadas en esta.

Conforme a lo anteriormente citado, estas son únicamente las personas que están llamadas a tener acceso a la historia clínica. No obstante, el paciente o usuario podrá pedir copias de su historia clínica, cuantas veces lo solicite y requiera, y corresponde a la Institución determinar si cobra el valor de las mismas, que lo será dentro del marco de lo dispuesto en las normas, articulo 4 del Decreto 1725 de 1999.

En conclusión, los cuatro requisitos mínimos para permitir el acceso a la historia clínica por parte del núcleo familiar de la persona fallecida o incapacitada para otorgar dicha autorización, son los siguientes: **"a)** La persona que eleva la solicitud deberá demostrar que el paciente ha fallecido. **b)** El interesado deberá acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica, ya que la regla aquí establecida sólo es predicable de los familiares más próximos del paciente. Para el efecto, el familiar deberá allegar la documentación que demuestre la relación de parentesco con el difunto, por ejemplo, a través de la copia del registro civil de nacimiento o de matrimonio según sea el caso. **c)** El peticionario deberá expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho documento, sin que, en todo caso, la entidad de salud o la autorizada para expedir el documento pueda negar la solicitud por no encontrarse conforme con dichas razones. A través de esta exigencia se busca que el interesado asuma algún grado de responsabilidad en la información que solicita, no frente a la institución de salud sino, principalmente, frente al resto de los miembros del núcleo familiar, ya que debe recordarse que la información contenida en la historia clínica de un paciente que fallece está reservada debido a la necesidad de proteger la intimidad de una familia y no de uno sólo de los miembros de ella. **d)** Finalmente y por lo expuesto en el literal anterior, debe recalcarse que quien acceda a la información de la historia clínica del paciente por esta vía no podrá hacerla pública, ya que el respeto por el derecho a la intimidad familiar de sus parientes exige

que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad. Lo anterior, implica que no es posible hacer circular los datos obtenidos y que éstos solamente podrán ser utilizados para satisfacer las razones que motivaron la solicitud. Acreditado el cumplimiento de estos requisitos, la institución prestadora de servicios de salud o, de manera general, la autoridad médica que corresponda, estará en la obligación de entregarle al familiar que lo solicita, copia de la historia clínica del difunto sin que pueda oponerse para acceder a dicho documento el carácter reservado del mismo".

Se resalta que para levantar la reserva legal de la historia clínica se requiere de una autorización expresa, así mismo, se recuerda que la autorización es intransmisible por un autorizado a otro, pues siempre se requiere del consentimiento del titular del derecho.

Por lo tanto, además de lo expuesto en anterior oportunidad se le pone de presente lo siguiente:

1. El ordenamiento jurídico obliga a las IPS (Clínicas y Hospitales) a mantener en reserva la información de los pacientes, en lo que se relaciona con los servicios médicos, atenciones en salud, tratamientos, patologías y diagnósticos que sean consignados en el documento denominado Historia Clínica.

2. A la fecha los diferentes estatutos no han flexibilizado el levantamiento de la reserva legal cuando se trata de la solicitud que hacen terceros no relacionados con el titular del derecho, por lo tanto, lo que se recomienda es que sea el paciente quien solicite la información o a falta de este, el familiar, el apoderado o el tercero directamente autorizado para cumplir con el respectivo mandato.

3. Se observa que en el derecho de petición que, pese a que se impone una firma, la misma no es legible, corresponde mas a una imagen ilegible

VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
CC. 1.093.746.652

Por otra parte, en nuestra base de datos se pudo constatar que la paciente reside en el Municipio de Aguachica, Cesar, ciudad donde se encuentran las instalaciones de esta IPS, sumado a que su

número de teléfono no coincide con el suministrado, sin embargo, en el aparte de notificaciones se indica que las recibirá en la carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío. Tel:3187083036 7497777 Ext. 18. Correo electrónico: asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com, lo que genera serias inconsistencias y obliga a esta IPS a negar la entrega de la historia clínica en la dirección carrera 13 # 15N-35, en la ciudad de Armenia Quindío. Tel:3187083036 7497777 Ext. 18. Correo electrónico: asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com, se aclara que no se niega el suministro de la historia clínica a la paciente, lo que se hace es negar el envío a las direcciones, correo y número de teléfono indicado en el derecho de petición.

De considerarlo la paciente, y en vista que reside en el Municipio de Aguachica, se le solicita que se acerque a nuestras instalaciones para corroborar su identidad y que de esa manera autorice el envío a determinado correo electrónico.

Por lo tanto, es improcedente acceder a lo solicitado.

Atentamente,

NILSA ROCIO TRUJILLO ARANA
Representante Legal.

Re: Solicitud Historia Clínica Viviana Yasid Archila Landinez

Diana Marley Guzmán <calidad@clinicacema.com.co>

Lun 2/10/2023 10:33 AM

Para:viviana6868@hotmail.com <viviana6868@hotmail.com>;archilaviviana205@gmail.com <archilaviviana205@gmail.com>
CC:NILSA ROCIO TRUJILLO <gerenciacemaaguachica@gmail.com>;Apoderadosp R <apoderadosp.r@hotmail.com>

12 archivos adjuntos (5 MB)

Derecho de petición historia clinica - CEMA (11-09-23) .docx (1).pdf; EXAMENES.pdf; HC COMPLETA.pdf; MEDICAMENTOS.pdf; SIGNOS VITALES.pdf; VALORACION DEL RECIEN NACIDO.pdf; ANEXOS.pdf; CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.pdf; CONSENTIMIENTOS.pdf; DESCRIPCIÓN QUIRURGICA.pdf; DOCUMENTO DE ANESTESIOLOGIA.pdf; EPICRISIS.pdf;

Buenos días,

Señora

Viviana Yasid Archila Landinez

Conforme a lo conversado vía telefónica al No.3125318633 y a la autorización dada por la señora Viviana Yasid Archila Landinez se remite la historia clínica, con los soportes de acuerdo su solicitud a los siguientes correos electrónicos viviana6868@hotmail.com archilaviviana205@gmail.com.

Remito documentos, los cuales corresponden a la Hospitalización del día 15/08/2023, la cual ingresa por CESAREA PROGRAMADA + POMEROY. Egreso 16/08/2023

- Hoja de medicamentos
- Hoja de signos vitales
- Valoración del recién nacido
- Descripción quirúrgica
- Epicrisis
- HC Completa
- Exámenes de laboratorio
- Certificado nacido vivo
- Consentimientos informados
- Anexos
- Documentos anestesiología

Quedamos atentos a cualquier inquietud,

-------- Mensaje Original --------

Asunto: Solicitud Historia Clinica
Fecha: 2023-09-27 13:42
De: Viviana Archila <viviana6868@hotmail.com>
Destinatario: "secretariacema16@clinicacema.com.co" <secretariacema16@clinicacema.com.co>, "gerenciacemaaguachica@gmail.com" <gerenciacemaaguachica@gmail.com>, "calidad@clinicacema.com.co" <calidad@clinicacema.com.co>
Cc: Viviana Archila <viviana6868@hotmail.com>

Con base a la respuesta recibida en solicitud a mi historia clinica completa semanas atrás, solicito comedidamente y de manera urgente me envien la historia clinica a mi correo personal. viviana6868@hotmail.com

Att. Viviana Yasid Archila Landinez
Cc:1093746652 De Los Patios. Norte de Santander.
Celular
3125318633
3023410810

Correo Electrónico: viviana6868@hotmail.com

archilaviviana205@gmail.com

Viviana Archila
cel: 3125318633
--

-
Cordialmente,

Diana Marley Guzmán
Auditora de Calidad.
Especialista en Gerencia y Auditoria de servicios de Salud.
CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA SAS
Calle 5 # 32-07
Correo electrónico: calidadcema@gmail.com

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>

Derecho de Petición Historia Clínica

unimujerIPS <unimujerips@gmail.com> 10 de noviembre de 2023, 18:09
Para: Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>

Buena tarde

En atención a su solicitud se anexa copia de los procedimientos diagnósticos realizados a la señora Viviana Yasid Archila Landinez durante el año 2023, algunas ecografías se incluyen como parte de la atención clínica realizada, se aclara que durante el año 2022 no existen registros de atención a la paciente.

Atentamente

GUSTAVO ADOLFO INSIGNARES GUTIERREZ
Gerente

Proyectó:LRM
[El texto citado está oculto]
--

IRMA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Subgerente
Email: unimujerips@gmail.com
Celular: 3138718232

9 adjuntos

- **consulta 19 de octubre 2023.pdf** 217K
- **consulta 19 julio 2023.pdf** 429K
- **consulta 15 de mayo 2023.pdf** 431K
- **consulta 03 de agosto 2023.pdf** 432K
- **Viviana Archila 30 ENERO 2023.pdf** 1132K
- **consulta 27 febrero 2022.pdf** 431K
- **eco detalle mayo 2023.docx** 26K
- **TAMIZAJE 1RO DE MARZO.docx** 29K
- **eco obs 01 agosto 2023.pdf** 1223K

LÓPEZ QUINTERO
ABOGADOS & ASOCIADOS

Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>

Derecho de Petición de Historia Clínica - Psicologia

CIAT SUPERAR <ciatsuperar@hotmail.com> 16 de noviembre de 2023, 16:46
Para: Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>

Cordial saludo,
dando pronta respuesta a la solicitud, envió las historias clínicas que se tienen de la paciente ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID

quedo pendiente a nuevas solicitudes

Kendry Martinez Chinchilla
Auxiliar Administrativa
317 421 8246 @ciatsuperar@hotmail.com
www.ciatsuperar.com.co

¡...Visitanos...!

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD. Esta comunicación contiene información que es confidencial y también puede contener información privilegiada. Es para uso exclusivo del destinatario/s. Si usted no es el destinatario/s tenga en cuenta que cualquier distribución, copia o uso de esta comunicación o la información que contiene está estrictamente prohibida. Si usted ha recibido esta comunicación por error por favor notifíquelo por correo electrónico o por teléfono.

De: Leslie Juliet <asistentearmeniard2@lopezquinteroabogados.com>
Enviado: jueves, 16 de noviembre de 2023 1:51 p. m.
Para: ciatsuperar@hotmail.com <ciatsuperar@hotmail.com>; ordenesciatsuperar@hotmail.com <ordenesciatsuperar@hotmail.com>
Asunto: Derecho de Petición de Historia Clínica - Psicologia

[El texto citado está oculto]

3 adjuntos

PSICOLOGIA- ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID.pdf
159K

PSICOLOGIA- VIVIANA ARCHILA.pdf
160K

PSICOLOGIA-VIVIANA.pdf
159K

UNIVERSIDAD DE **PAMPLONA**

Formando líderes para la **construcción** de un nuevo **país en paz**

– Nit.890501510-4. Aprobado por Decreto 1550 de 1971 –

VP02366

EL DIRECTOR DE LA OFICINA DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

HACE CONSTAR

Que, **ARCHILA LANDINEZ VIVIANA YASID** identificado(a) con C.C. No 1093746652 expedida en Los Patios (Norte de Santander) es estudiante activo en esta casa de estudios, en el Programa **MAESTRÍA EN EDUCACIÓN METODOLOGÍA VIRTUAL,** Nivel Académico Posgrados, Nivel de formación Maestría, Modalidad Virtual, Jornada a Distancia aprobado por el Ministerio de Educación Nacional.

El estudiante cursa el tercer semestre, según consta en el registro de matrícula N° 1093746652.

Intensidad horaria semanal matriculada 12

Ciudad y fecha de expedición: Pamplona 10 de julio de 2023

DIEGO JOSÉ BARRERA OLIVEROS

Elaborado por: Yesica Villamizar

U.T. RED INTEGRADA FOSCAL - CUB

UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB
NIT: 901153056-7
ENTIDAD MEDICO CONTRATISTA

Incapacidad 17748
Fecha 17/08/2023

FORMATO DE CERTIFICADO DE INCAPACIDADES

DOCENTES AFILIADOS AL FONDO DEL MAGISTERIO

HACE CONSTAR QUE:

Departamento IPS SANTANDER
Ciudad/Municipio BUCARAMANGA
El Señor (A) VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ
Identificado (A) con 1093746652
Sexo
Edad 34 Años \ 11 Meses \ 10 Días
Departamento SANTANDER
Ciudad/Municipio BUCARAMANGA
Institución Educativa 120011001454 - INSTITUCION EDUCATIVA LAUREANO GOMEZ
Ciudad/Municipio 011 - AGUACHICA
Departamento IPS CESAR
Area de especialidad
Jornada

Dias de Incapacidad (126) Dias
Prorroga Prorroga: (0) Dias
Diagnostico O829
Periodo Comprendido: Desde 15/08/2023 Hasta: 18/12/2023
Causa AuxilioMaternidad
Observaciones LICENCIA DE MATERNIDAD.

Atentamente,

CENA SERVICIOS MÉDICOS

Firma Médico
CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA
Registro Médico 1
identificación 800197217

Firma Transcriptor JERALDINE LEGUIZAMON BADILLO

Powered by CamScanner

CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA
Creemos en Santander

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:31
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social:	CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S
Sigla:	CLINICA CUB S.A.S.
Nit:	900581702-9
Domicilio principal:	Bucaramanga

MATRÍCULA

Matrícula No.	05-252847-16
Fecha de matrícula:	08 de Enero de 2013
Ultimo año renovado:	2023
Fecha de renovación:	31 de Marzo de 2023
Grupo NIIF:	GRUPO II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal:	CARRERA 33 # 53 - 27 BARRIO CABECERA
DEL LLANO	
Municipio:	Bucaramanga - Santander
Correo electrónico:	gerencia@cub.com.co
Teléfono comercial 1:	6436281
Teléfono comercial 2:	6436281
Teléfono comercial 3:	3188762206
Dirección para notificación judicial:	CARRERA 33 # 53 - 27 BARRIO CABECERA
DEL LLANO	
Municipio:	Bucaramanga - Santander
Correo electrónico de notificación:	gerencia@cub.com.co
Teléfono para notificación 1:	6436281
Teléfono para notificación 2:	6436281
Teléfono para notificación 3:	3188762206

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

Signature Not Verified
Firma Electrónica

Powered by CamScanner

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:32
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

CONSTITUCIÓN

Por Documento privado del 28 de Diciembre de 2012 de Asamblea Gral Accionistas de Bucaramanga, inscrito en esta Cámara de Comercio el 08 de Enero de 2013, con el No 107858 del libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza COMERCIAL denominada CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS

REFORMAS ESPECIALES

Por Acta No. 012 de fecha 06 de junio de 2014, de asamblea extraordinaria de accionistas, inscrita en esta cámara de comercio el 25 de julio de 2014, bajo el no. 120239 del libro IX, consta: Reforma estatutos, adición de la sigla: CLINICA CUB S.A.S.

Proceso VERBAL RCE
De: SANTAMARIA QUINTERO RIGOBERTO Y OTRO
Contra: CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S Y OTRO
Juzgado Decimo Civil Del Circuito Bucaramanga
INSCRIPCIÓN DE DEMANDA SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DENOMINADO CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA IDENTIFICADO CON LA MATRICULA MERCANTIL 252850.
Oficio No 0147/2021-00322-00 DEL 2022/02/02 INSCR 16 de Febrero de 2022

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es INDEFINIDA

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá como objeto principal el desarrollo de las siguientes actividades: A) la prestación de servicios de salud establecidos por la normatividad colombiana para las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS en los diferentes niveles de complejidad, en forma directa o como operador. B) comercialización y prestación de todo tipo de servicios relacionados con hospitales, clínicas, unidades de cuidado intensivo, unidades de cirugía, centros médicos y consultorios tales como atención ambulatoria hospitalaria, urgencias, diagnósticos, servicios integrales de laboratorio, farmacias, medicamentos, tratamientos, y en general cualquier prestación de servicios relacionados con la salud. En desarrollo y cumplimiento de su objeto social, la sociedad puede hacer en su propio nombre o por cuenta de terceros o en participación con tales, organizar seminarios, eventos, congresos y realizar publicaciones científicas; efectuar toda clase de operaciones comerciales sobre bienes muebles o inmuebles, presentar todo tipo de propuestas o licitaciones públicas o privadas, a través de concesión, unión temporal, alianza estratégica, convenios inter-empresariales, constituir cualquier clase de gravamen, celebrar contratos con personas naturales, jurídicas públicas o

Powered by CamScanner

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:32
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

---

privadas, como las EAPB, clínicas y hospitales públicos; celebrar contrato como operador administrativo logístico en unidades de cuidado intensivo, unidades de cirugía, unidades de hospitalización y en general cualquier tipo de unidad de atención en salud que requiera una IPS pública o privada, efectuar operaciones de préstamo, cambio, descuento, cuentas corrientes, dar o recibir garantías, girar, endosar, adquirir y negociar títulos valores; suscribir o comprar intereses sociales en cualquier clase de sociedad, empresas o negocios de la misma naturaleza de los indicados en el presente artículo, fusionarse en otras sociedades igualmente afines por su objeto social con el carácter de filiales; constituir y aceptar cauciones reales o personales en garantía de las obligaciones que contraiga; y en general, cualquier acto lícito de comercio que tenga por finalidad el mejor incremento, desarrollo y cumplimiento de su objeto social. La sociedad podrá llevar a cabo, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que estén relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquier actividad similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la prestación de servicios de la sociedad, y en términos generales, prestar cualquier servicio incluido en el sistema general de seguridad social. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita tanto en COLOMBIA como en el extranjero.

LIMITACIONES, PROHIBICIONES Y AUTORIZACIONES DE LA CAPACIDAD DE LA PERSONA JURÍDICA:

Prohibiciones: por Acta No. 022 de fecha 26 de febrero de 2020 de asamblea general de accionistas, antes citada, consta: Articulo 63° - prohibición al gerente. - le esta prohibido al gerente y a los demás administradores de la sociedad, por si o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica prestamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	$50.000.000.000,00
No. de acciones	500.000.000
Valor Nominal	$100,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	$28.153.395.500,00
No. de acciones	281.533.955
Valor Nominal	$100,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	$28.153.395.500,00
No. de acciones	281.533.955
Valor Nominal	$100,00

Powered by CamScanner

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:32
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad estará a cargo de un gerente y su suplente designados para un periodo de un (1) año por la junta directiva, vinculado mediante contrato laboral el suplente solo recibirá retribuciones proporcionales a los reemplazos que haga del gerente en sus ausencias temporales, accidentales o definitivas, mientras la junta directiva hace una nueva designación o se supera la ausencia.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

La sociedad será gestionada, administrada y representada legalmente ante terceros por el gerente, quien tendra restricciones de contratación por razón de la naturaleza y de la cuantía para la contratacion hasta 500 smmlv sobre los actos que celebre pero para la contratacion con EAPB bien sea EPS, entidades de regímenes especiales o excepcionales en el aseguramiento en salud, medicina prepagada, ARL o IPS y conformar la red de prestadores de servicios de salud, en cualquier modalidad de contrato comercial o civil de acuerdo a las necesidades del servicio sin limitaciones. Por lo tanto, se entendera que el gerente podra celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad, de acuerdo a las limitaciones establecidas, debiendo obtener autonzacion de la junta directiva para celebrar contrato diferente a la prestación de servicios de salud que superen la cuantia de 500 smmlv. En especial tiene las siguientes facultades 1 - el gerente se entendera investido de los mas amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepcion de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas y se le adjudiquen a la junta directiva en las relaciones frente a terceros, la sociedad quedara obligada por los actos y contratos celebrados por el gerente. 2 - representar a la sociedad judicial o extrajudicialmente, ante los asociados, ante terceros, ante autoridades administrativas y judiciales, personas naturales o juridicas 3 - ejecutar los acuerdos y las directrices de la junta directiva 4 - solicitar las autorizaciones a que haya lugar a la junta directiva 6. - tomar las medidas que reclame la proteccion de los bienes sociales 7 - preparar y presentar a la asamblea general de accionistas el informe de gestion con todos los anexos exigidos por la ley 8 - solicitar al director medico al director administrativo y a los subdirectores financiero y de talento humano un informe de gestion mensual para presentarlo ante la junta directiva 9- convocar a la asamblea general de accionistas y a la junta directiva a reuniones de cualquier caracter 10 - constituir apoderados judiciales o extrajudiciales para adelantar o responder en nombre de la sociedad procesos, reclamaciones, requerimientos, ante las diferentes autoridades administrativas o judiciales, asi como personas naturales o juridicas 12 - vigilar la recaudacion e inversion de los fondos de la empresa de acuerdo a las instrucciones de la junta directiva 13 - cumplir y hacer cumplir oportunamente con todos los requisitos y exigencias legales relacionadas con las actividades de la clinica. 14. - vincular y firmar los

Powered by CamScanner

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:32
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

---

contratos de trabajo o de prestacion de servicios con todo el equipo de talento humano que prestara sus servicios personales en la clinica, de acuerdo a la planta autorizada por la junta directiva y atendiendo la escala salarial y de remuneracion aprobada 15 -velar porque todos los empleados de la sociedad cumplan estrictamente sus deberes y poner en conocimiento de la junta directiva las irregularidades o faltas graves en que incurran 16 - crear los comites tecnicos-cientificos necesarios para la prestación del servicio de salud y el buen funcionamiento de la clinica, teniendo en cuenta las instrucciones de las autoridades de salud sobre la clase y funciones de los comites. 17 - todas las demas funciones relacionadas con la admistracion de la empresa y las que expresamente le delegue la asamblea de accionistas o la junta directiva.

Otras funciones: por Acta No. 024 del 28 de marzo de2022 de asamblea general de accionistas, antes citada consta: Artículo 47. Funciones y atribuciones de la asamblea: . Numeral 6. Autorizar la adquisición o gravamen de cualquier bien mueble e inmueble, que supere la suma de 3.000 smlmv, que es el límite señalado Para la junta directiva, pudiendo recaer la orden directamente al gerente.
Articulo 58 funciones de la junta directiva: Numerales: 10. Autorizar la adquisición o gravamen de cualquier bien mueble e inmueble, hasta la suma de 3.000 smlmv. 11. Autorizar la participación de la compañía como socia o accionistas de cualquier sociedad constituida o por constituirse. 13. Autorizar previamente al gerente para la celebración de todo acto o contrato, cuyo valor exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales, excepto los contratos con las eps o empresas de régimen especial como las fuerzas armadas, ecopetrol o la eps que asegure los maestros y otras que se asimilen para las que no tiene limitación el gerente.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No 051 del 16 de Marzo de 2020 de Junta Directiva inscrita en esta cámara de comercio el 20 de Abril de 2020 con el No 177087 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUPLENTE	FRANCO SERRANO EDGAR RAMON	C.C. 13848669

Por Acta No 063 del 04 de Marzo de 2021 de Junta Directiva inscrita en esta cámara de comercio el 07 de Abril de 2021 con el No 187067 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE	VILLARREAL AMAYA FERNANDO	C.C. 91103435

Powered by CamScanner

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:32
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No 023 del 24 de Marzo de 2021 de Asamblea Gral Accionistas inscrita en esta camara de comercio el 21 de Abril de 2021 con el No 187601 del libro IX, se designo a:

P R I N C I P A L E S

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
DE LA OSSA CIODARO MANUEL FERNANDO	C.C. No 80421616
GRANADOS OLIVERA JUAN BAUTISTA	C.C. No 19311891
RUGELES LOPEZ SERGIO	C.C. No 91246885

S U P L E N T E S

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
VACANTE	C.C. No 1
VACANTE	C.C. No 2
VACANTE	C.C. No 3

REVISORES FISCALES

Por Acta No 024 del 28 de Marzo de 2022 de Asamblea Gral Accionistas inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de Abril de 2022 con el No 198526 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	RODRIGUEZ RUEDA CONSULTORES S.A.S	NIT 900952938-2

Por documento privado de fecha 31 de marzo de 2022 de revisoría fiscal, inscrito en esta cámara de comercio el 19 de abril de 2022, bajo el No. 198527 del libro IX, consta: la firma RODRIGUEZ RUEDA CONSULTORES S.A.S. delega como revisor fiscal principal al contador público Ingri Shirley Aparicio Mantilla identificada con c.c. 1.100.955.849 T T.P. 200.827-T, y como revisor fiscal suplente al contador público Diana Victoria Galvis Cano identificada con c.c. 63.556.827 y T.P. 149.233-T.

REFORMAS A LOS ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

Powered by CamScanner

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:32
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

DOCUMENTO			INSCRIPCION		
A. No 001	de 11/01/2013	Asamblea E de Bucaramanga	108137	21/01/2013	Libro IX
A. No 001	de 11/01/2013	Asamblea E de Bucaramanga	108651	15/02/2013	Libro IX
A. No 003	de 05/04/2013	Asamblea E de Bucaramanga	109893	12/04/2013	Libro IX
A. No 009	de 24/06/2013	Asamblea E de Bucaramanga	112075	18/07/2013	Libro IX
A. No 012	de 06/06/2014	Asamblea E de Bucaramanga	120239	25/07/2014	Libro IX
A. No 015	de 31/03/2016	Asamblea G de Bucaramanga	138247	16/05/2016	Libro IX
A. No 022	de 26/02/2020	Asamblea G de Bucaramanga	176493	09/03/2020	Libro IX
A. No 023	de 24/03/2021	Asamblea G de Bucaramanga	187688	22/04/2021	Libro IX
A. No 024	de 28/03/2022	Asamblea G de Bucaramanga	198525	19/04/2022	Libro IX
A. No 025	de 29/12/2022	Asamblea E de Bucaramanga	207230	13/01/2023	Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

SITUACIÓN(ES) DE CONTROL / GRUPO EMPRESARIAL

Por documento privado de fecha 13 de febrero de 2017, inscrito en esta cámara de Comercio el 24 de febrero de 2017, bajo el No. 145103 del libro IX, consta: se declara la situación de control, existiendo unidad de propósito y dirección, entre Hortensia Arenas Ávila identificada con c.c 22.366.671, Lety Graciela Roa Arenas identificada con c.c 63.319.787, Nancy Janeth Roa Arenas identificada con c.c 63.291.589 y John Wilson Roa Arenas identificado con c.c 8.723.996 (controlantes) quienes ejercen situación de control y se configura grupo empresarial de manera conjunta y directa sobre las sociedades: fundación medico preventiva para el BIENESTAR SOCIAL S.A Nit: 800.050.068-6, ODONTOVIDA SAS Nit: 811.034.488-9; de manera conjunta e indirecta sobre las sociedades: CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA SAS Nit: 800.197.217-9, CLINICA BOGOTÁ S.A Nit:860.002.540-5, CLINICA REGIONAL LTDA Nit: 900.205.736-8, PUNTO VIDA IPS LTDA Nit: 900.198.799-0, PUNTOVIDA MEDELLIN IPS LTDA en liquidación Nit: 900.230.148-2; los controlantes ejercen control conjunto sobre: CLINICA DE LA PENINSULA LTDA Nit: 900.167.327-5, CLINICA MEDICO QUIRURGICA S.A Nit: 800.176.890-6, SANATORIO CLINICO BOGOTA LTDA Nit: 860.067.942-1, CLINICA

Powered by CamScanner

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:32
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

BUCARAMANGA, CENTRO MEDICO DANIEL PERALTA S.A en liquidación Nit 890.200.138-5, CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS Nit: 900.581.702-9, SALUDVIDA S.A EPS Nit: 830.074.184-5.

C E R T I F I C A

Por resolución de fecha 18 de julio de 2017 de la superintendencia de sociedades de Bogotá, inscrito en esta cámara de comercio el 19 de octubre de 2017, bajo el No. 152072 del libro IX, consta: auto por medio del cual la superintendencia de sociedades ordena aclarar la fecha de la configuración de la situación de control inscrita al No. 145103 del libro IX, del 24 de febrero de 2017 en el sentido de que la fecha de configuración de la misma fue el día 19 de septiembre de 2013.

C E R T I F I C A

Por documento privado de fecha 01 de enero de 2022, inscrito en esta cámara de Comercio el 09 de febrero de 2022 bajo el No. 196291 del libro IX, consta: se declara la existencia de una situación de control y grupo empresarial entre MATREM HOLDING S.A.S. (sociedad controlante) y la sociedad subordinada: CLINICA DE URGENCIAS. bucaramanga s.a.s.la cual se configuró desde el 30/12/2020. lo anterior bajo el presupuesto contenido en el numeral 1 art.261 del código de comercio.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8610.
Actividad secundaria Código CIIU: 8699.

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la Cámara de Comercio de Bucaramanga el (los) siguientes(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre:	CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA
Matricula No:	252850
Fecha de matrícula:	08 de Enero de 2013
Último año renovado:	2023
Categoría:	Establecimiento de Comercio
Dirección:	CARRERA 33 # 53 - 27 BARRIO CABECERA DEL LLANO
Municipio:	Bucaramanga - Santander

Nombre:	CUB SERVICIOS AMBULATORIOS GIRON
Matricula No:	447490
Fecha de matrícula:	05 de Diciembre de 2019
Último año renovado:	2023
Categoría:	Establecimiento de Comercio
Dirección:	CARRERA 26 # 44 - 17
Municipio:	Giron - Santander

Powered by CamScanner

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:32
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

Nombre: CUB SERVICIOS AMBULATORIOS
Matricula No: 447491
Fecha de matrícula: 05 de Diciembre de 2019
Último año renovado: 2023
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección: CALLE 58 # 32 - 09 PISO 1 - 2 - 3
Municipio: Bucaramanga - Santander

Mediante Oficio No 0147/2021-00322-00 del 02 de Febrero de 2022 de Juzgado Decimo Civil Del Circuito de Bucaramanga , ordenó INSCRIPCIÓN DE DEMANDA SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DENOMINADO CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA IDENTIFICADO CON LA MATRICULA MERCANTIL 252850. , inscrito en esta Cámara de Comercio el 16 de Febrero de 2022 , con el No 44166 del libro VIII

Si desea obtener información detallada de los anteriores establecimientos de comercio o de aquellos matriculados en una jurisdicción diferente a la del propietario, deberá solicitar el certificado de matrícula mercantil del respectivo establecimiento de comercio.

La información correspondiente a los establecimientos de comercio, agencias y sucursales, que la persona jurídica tiene matriculados en otras cámaras de comercio del país, podrá consultarla en www.rues.org.co.

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la resolución 2225 de 2019 del DANE, el tamaño de la empresa es :
Gran Empresa

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

Ingresos por Actividad Ordinaria: $206.192.333.565

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo:
CIIU: 8610

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

No aparece inscripción posterior de documentos que modifique lo antes enunciado

---

| El presente certificado no constituye conceptos favorables de uso de suelo, normas sanitarias y de seguridad.

Powered by CamScanner

Cámara de Comercio de Bucaramanga

Fecha expedición : 18/07/2023 - 14:5:32
Recibo No. 1653298, Valor: $1.100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: EAVN25E46E

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

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

Importante: la firma digital del secretario de la Camara de Comercio de Bucaramanga contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la superintendencia de industria y comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la ley 527 de 1999.

En el certificado se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del secretario de la Cámara de Comercio de Bucaramanga, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No, obstante si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual puede imprimirlo desde su computador con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio de Bucaramanga. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar, por una sola vez, su contenido ingresando a www.camaradirecta.com opción certificados electrónicos y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las ventanillas o a través de la plataforma virtual de la cámara.

Lina María Rodríguez Buitrago

Powered by CamScanner

República de Colombia Gobernación de Santander	CARTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-110
		VERSIÓN	15
		FECHA DE APROBACIÓN	10/12/2021
		PÁGINA	Página 1 de 4

EL DIRECTOR DE APOYO JURIDICO DE CONTRATACION Y PROCESOS SANCIONATORIOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

CERTIFICA:

Que una vez consultados los archivos de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander, se pudo establecer:

Que mediante **Resolución No. 19070 del 16 de diciembre de 1985**, el Ministerio de Salud reconoció Personería Jurídica a la institución de carácter privado sin ánimo de lucro denominada **FUNDACION OFTALMOLOGICA DE.SANTANDER- CLINICA CARLOS ARDILA LULLE, "FOSCAL"** de la ciudad de Floridablanca, Santander, con NIT: No. 890.205.361-4, la cual se encuentra inscrita en el REPSS con el código No. 6827601666.

Que mediante la **Resolución No. 5560 del 12 de julio de 1999**, la Gobernación de Santander--Secretaria de Salud Departamental, aprobó la reforma de estatutos de la FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER-CLINICA CARLOS ARDILA LULLE, "FOSCAL" de la ciudad de Floridablanca, Santander, con NIT: No. 890.205.361-4.

Que mediante **Resolución No. 006611 del 21 de mayo de 2010**, la Gobernación de Santander-Secretaria de Salud Departamental, aprobó el cambio de denominación o razón social de FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER-CLINICA CARLOS ARDILA LULLE, "FOSCAL" por el de **FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER "FOSCAL".**

Que de conformidad con la **Escritura Publica No. 2008 del 14 de noviembre de 2012** de la Notaria Segunda de Floridablanca, (Stder), el doctor JORGE RICARDO LEÓN FRANCO, director ejecutivo y representante legal de la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER– FOSCAL-, confirió poder general, amplio y suficiente al doctor OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ identificado con la cedula de ciudadanía 91.279.160 expedida en Bucaramanga, abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional No. 87.912 del C. S. J. para que en nombre y representación de la fundación ejecute los siguientes actos en todos los eventos en que ello sea necesario: 1, Recibir notificaciones personales en nombre de la fundación en procesos y acciones judiciales ya sea de carácter administrativo, laboral, civil, comercial, penal, tutelas, etc., en las cuales la fundación sea demandada, requerida o que por cualquier motivo y/o judicial o extrajudicial deba ser notificada personalmente o deba autorizar-una actuación; sin distinguir la jurisdicción o la autoridad de que se trate, ya sean estas del orden nacional, departamental o municipal. 2 Adelantar todas las acciones pertinentes en los casos que la fundación sea sujeto activo o pasivo de acciones judiciales o de cualquier índole, tales como: iniciar demandas en cualquier jurisdicción, hacerse parte, solicitar y practicar pruebas, contestar las demandas y en general todo lo que corresponda al mandato que se le confiere, incluyendo la facultada de contrademandar, llamar en garantía, etc. 3. Absolver en nombre, de la entidad los interrogatorios de parte, dentro de los procesos a los cuales sea citado para tal fin el representante legal de la FOSCAL. 4. Suscribir para la entidad que representa contratos, convenios y demás compromisos con las mismas limitaciones legales y estatutarias del representante legal. 5. En ejercicio del presente poder el doctor OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ queda facultado para conciliar, interponer recursos y en general obrar como sea conveniente o necesario para preservar los intereses de la entidad que representa, quedando facultado expresamente para transigir, conciliar judicial y extrajudicialmente, sustituir, desistir, recibir, otorgar poder con las mismas facultades, revocar poderes a otros abogados y reasumir el poder. (PODER REVOCADO).

Que de conformidad con la **Escritura Pública No. 0452 del 12 de marzo de 2014** de la Notaria Novena de Bucaramanga, (Stder) se adicionó la reforma de estatutos de la FUNDACION OFTALOMOGICA DE SANTANDER (FOSCAL) en la cual se modificó las características, domicilio el objeto, la integración, nombramiento y suplencia de la asamblea de miembros, junta directiva, elección de la junta directiva, elección de presidente y vicepresidente de la junta de directiva, de las reuniones de la junta directiva del quorum y del revisor fiscal.

Que de conformidad con la **Escritura Publica No. 25 del 11 de enero de 2017** de la Notaria Segunda de Floridablanca, (Stder) el doctor JORGE RICARDO LEÓN FRANCO, director ejecutivo y representante legal de la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER– FOSCAL- , confirió poder general, amplio y suficiente a la Doctora CAROLINA GALVIS VILLARREAL identificada con la cedula de ciudadanía 37.840.808 expedida en Bucaramanga, para que en nombre y representación de la fundación ejecute los siguientes actos en todos los eventos en que ello sea necesario: 1, Recibir notificaciones personales en nombre de la fundación en procesos y acciones judiciales ya sea de carácter administrativo, laboral, civil, comercial, penal, tutelas, etc., en las cuales la fundación sea demandada, requerida o que por cualquier motivo y/o judicial o extrajudicial deba ser notificada personalmente o deba autorizar- una actuación; sin distinguir la jurisdicción o la autoridad de que se trate, ya sean estas del orden nacional, departamental o municipal. 2 Adelantar todas las acciones pertinentes en los casos que la fundación sea sujeto activo o pasivo de acciones judiciales o de cualquier índole, tales como: iniciar demandas en cualquier jurisdicción, hacerse parte, solicitar y practicar pruebas, contestar las demandas y en general todo lo que corresponda al mandato que se le confiere, incluyendo la facultada de contrademandar, llamar en garantía, etc. 3. Absolver en nombre, de la entidad los interrogatorios de parte, dentro de los procesos a los cuales sea citado para tal fin el representante legal de la FOSCAL. 4. Suscribir para la entidad que representa contratos, convenios y demás compromisos con las mismas limitaciones legales y estatutarias del representante legal. 5. En ejercicio del presente poder la Doctora CAROLINA GALVIS VILLARREAL queda facultada para conciliar, interponer recursos y en general obrar como sea conveniente o necesario para preservar los intereses de la entidad que representa, quedando facultado expresamente para transigir, conciliar judicial y extrajudicialmente, sustituir, desistir, recibir, otorgar poder con las mismas facultades, revocar poderes a otros abogados.

Que de conformidad con la **Escritura Publica N°0594 del 17 de Abril de 2017** de la Notaria Segunda de Floridablanca (Stder), se realizó reforma de estatutos de la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER (FOSCAL) en la cual se modificó aspectos de la Junta Directiva, Elección de Presidente de la Junta Directiva, de las reuniones de Junta directiva, del Quorum, las funciones de la Junta directiva, del Director y sus funciones, y de la adjudicación de los bienes que queden en liquidación.

Que de conformidad con la **Escritura Publica No. 2322 del 15 de noviembre de 2017** de la Notaria Segunda de Floridablanca, (Stder) el doctor JORGE RICARDO LEÓN FRANCO, director ejecutivo y representante legal de la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER– FOSCAL- , confirió poder general, amplio y suficiente al doctor OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ identificado con la cedula de ciudadanía 91.279.160 expedida en Bucaramanga, abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional No. 87.912 del C. S. J. para que en nombre y representación de la fundación ejecute los siguientes actos en todos los eventos en que ello sea necesario: 1, Recibir notificaciones personales en nombre de la fundación en procesos y acciones judiciales ya sea de carácter administrativo, laboral, civil, comercial, penal, tutelas, etc., en las cuales la fundación sea demandada, requerida o que por cualquier motivo y/o judicial o extrajudicial deba ser notificada personalmente o deba autorizar- una actuación; sin distinguir la jurisdicción o la autoridad de que se trate, ya sean estas del orden nacional, departamental o municipal. 2 Adelantar todas las acciones pertinentes en los

casos que la fundación sea sujeto activo o pasivo de acciones judiciales o de cualquier índole, tales como: iniciar demandas en cualquier jurisdicción, hacerse parte, solicitar y practicar pruebas, contestar las demandas y en general todo lo que corresponda al mandato que se le confiere, incluyendo la facultada de contrademandar, llamar en garantía, etc. 3. Absolver en nombre, de la entidad los interrogatorios de parte, dentro de los procesos a los cuales sea citado para tal fin el representante legal de la FOSCAL. 4. En ejercicio del presente poder el doctor OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ queda facultado para conciliar, interponer recursos y en general obrar como sea conveniente o necesario para preservar los intereses de la entidad que representa, quedando facultado expresamente para transigir, conciliar judicial y extrajudicialmente, sustituir, desistir, recibir, otorgar poder con las mismas facultades, revocar poderes a otros abogados y reasumir el poder. 5. REVOCATORIA. Con el otorgamiento del presente Poder, se revoca el poder conferido al Doctor OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ, identificado con la cedula de ciudadanía número 91.279.160 expedida de Bucaramanga, otorgado mediante escritura pública número dos mil ocho (2,008) del catorce (14) de Noviembre del año dos mil ocho otorgada en la Notaría Segunda de Floridablanca.

Que de conformidad con la **Escritura Publica No. 2608 del 14 de diciembre de 2017** de la Notaria Segunda de Floridablanca, (Stder) el doctor JORGE RICARDO LEÓN FRANCO, director ejecutivo y representante legal de la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER– FOSCAL- , confirió poder general, amplio y suficiente a la Doctora LAURA LEONOR RUBIANO ARIZA identificada con la cedula de ciudadanía 37.750.819 expedida en Bucaramanga, para que en nombre y representación de la fundación ejecute los siguientes actos en todos los eventos en que ello sea necesario: 1, Recibir notificaciones personales en nombre de la fundación en procesos y acciones judiciales ya sea de carácter administrativo, laboral, civil, comercial, penal, tutelas, etc., en las cuales la fundación sea demandada, requerida o que por cualquier motivo y/o judicial o extrajudicial deba ser notificada personalmente o deba autorizar- una actuación; sin distinguir la jurisdicción o la autoridad de que se trate, ya sean estas del orden nacional, departamental o municipal. 2 Adelantar todas las acciones pertinentes en los casos que la fundación sea sujeto activo o pasivo de acciones judiciales o de cualquier índole, tales como: iniciar demandas en cualquier jurisdicción, hacerse parte, solicitar y practicar pruebas, contestar las demandas y en general todo lo que corresponda al mandato que se le confiere, incluyendo la facultada de contrademandar, llamar en garantía, etc. 3. Absolver en nombre, de la entidad los interrogatorios de parte, dentro de los procesos a los cuales sea citado para tal fin el representante legal de la FOSCAL. 4. Suscribir para la entidad que representa contratos, convenios y demás compromisos con las mismas limitaciones legales y estatutarias del representante legal. 5. En ejercicio del presente poder la Doctora LAURA LEONOR RUBIANO ARIZA queda facultada para conciliar, interponer recursos y en general obrar como sea conveniente o necesario para preservar los intereses de la entidad que representa, quedando facultado expresamente para transigir, conciliar judicial y extrajudicialmente, sustituir, desistir, recibir, otorgar poder con las mismas facultades, revocar poderes a otros abogados.

Que de conformidad con la Certificación de Junta Directiva realizada el 21 de diciembre de 2021, y que se recoge en Acta No. 312, se autorizó al Representante Legal para adelantar los trámites y gestiones necesarias para habilitar las sedes de prestación de servicios de salud y ratificar las que ya están habilitadas, así:

1. Sede Centro de Apoyo Ambulatorio, ubicada en calle 158 No.50 - 95 Barrio Palomitas, con código 682760166619.
2. Sede CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA - FOSCAL, ubicada en la Carrera 33 No. 49-35 local 2 y 3 Barrio Cabecera II Etapa, con código 680010166603.
3. Sede BOLARQUI, ubicada en la Avenida González Valencia No. 54-31- 39 - 59 - 77 Barrio Bolarqui, con código de 680010166617.
4. Sede FOSCAL San Alonso, ubicada en la Carrera 28 No. 17-47 Barrio San Alonso, con código 680010166618.

Que de conformidad con la **Escritura Publica N.º 440 del 15 de Febrero de 2022** de la Notaria Primera de Bucaramanga, (Stder) se realizó reforma de estatutos de la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER (FOSCAL) en la cual se modificó aspectos de la Junta Directiva, de las reuniones de Junta Directiva, Elecciones de la Junta Directiva, de la Elección del Presidente y Vicepresidente de la Junta Directiva, de las reuniones de la Junta Directiva, Funciones de la especiales de la Asamblea, quorum, del Director como Representante Legal y funciones, del Director Ejecutivo que ejercerá la condición de Representante Legal Suplente de la Fundación, y lo hará ante la ausencia temporal, accidental o absoluta del cargo, o cuando las condiciones de continuidad del negocio o necesidad requiera hacerlo, cuando el Director Ejecutivo actúe como Representante Legal Suplente tendrá las mismas facultades del Director General.

Que la **FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - FOSCAL**, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Grupo de Acreditación en Salud y SOGC, de la Secretaría de Salud Departamental como Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el código de prestador No. 6827601666-01.

Que el Doctor **JORGE RICARDO LEON FRANCO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 2.099.899 expedida en Guadalupe (Stder), se encuentra ejerciendo el cargo de **Director Ejecutivo y Representante Legal de la FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER "FOSCAL"**, conforme el acta de la junta directiva No. 157 del3 de Abril de 2001.

Que la dirección para notificaciones de la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER (FOSCAL) es Av. El bosque No. 23 - 60 Torre Milton Salazar de Floridablanca y el correo electrónico notificaciones@foscal.com.co.

Que en el evento de existir documentación que registre información diversa a la aquí consignada, estamos en condiciones de revisar la presente certificación.

Se adhiere y anula Estampilla de Recaudo Departamental, según ordenanza 012/05 y Decreto 005/06 por valor de $91.520, conforme a recibo N° 2502300423174 de fecha 10 de agosto de 2023.

La presente certificación se expide a solicitud de LOPEZ QUINTERO Abogados & Asociados.

Dada en Bucaramanga a los cinco (5) días del mes de septiembre de 2023.

NICEFORO RINCÓN GARCÍA
Director Apoyo Jurídico de Contratación y Procesos Sancionatorios

Proyectó- Sandra Jannette Ordóñez Alfonso- Abogada CPS

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.
Sigla: FIDUPREVISORA S.A.
Nit: 860525148 5
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00247691
Fecha de matrícula: 16 de octubre de 1985
Último año renovado: 2023
Fecha de renovación: 30 de marzo de 2023
Grupo NIIF: Grupo II.

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cl 72 # 10 03
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: noti_contabilidad@fiduprevisora.com.co
Teléfono comercial 1: 7566633
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cl 72 # 10 03
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notjudicial@fiduprevisora.com.co
Teléfono para notificación 1: 7566633
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

REFORMAS ESPECIALES

Por Escritura Pública número 001846 de Notaría 33 de Bogotá del 10 de julio de 1989, inscrita el 29 de agosto de 1989 bajo el número 00273421 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: SOCIEDAD FIDUCIARIA LA PREVISORA LIMITADA, por el de: FIDUCIARIA LA PREVISORA LTDA.

Por E.P. No.462 Notaría 29 de Santa Fé de Bogotá del 24 de enero de 1.994, inscrita el 1 de febrero de 1.994 bajo el No. 435.739 del libro IX, la sociedad se transformó de limitada en anónima bajo el nombre de: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.

Por Escritura Pública número 00010715 de Notaría 29 de Bogotá, del 11 de diciembre de 2001, inscrita el 11 de diciembre de 2001 bajo el número 805761 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., por el de: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. La cual podrá usar la sigla FIDUPREVISORA S.A.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Por Resolución No. 2521 del 27 de mayo de 1.985, de la Superintendencia Bancaria, inscrita el 16 de octubre de 1.985 bajo el número 178537 del libro IX, se concedió permiso de funcionamiento a la compañía.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 11 de marzo de 2044.

OBJETO SOCIAL

El objeto exclusivo de la sociedad es la celebración, realización y

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

---

ejecución de todas las operaciones autorizadas a las sociedades fiduciarias, por normas generales, y a la presente sociedad, por normas especiales esto es, la realización de los negocios fiduciarios, tipificados en el código de comercio y previstos tanto en el estatuto orgánico del sistema financiero como en el estatuto de contratación de la administración publica, al igual que en las disposiciones que modifiquen, sustituyan, adicionen o reglamenten a las anteriores. En consecuencia, la sociedad podrá: A) Tener la calidad de fiduciario, según lo dispuesto en el artículo 1.226 del código de comercio. B) Celebrar encargos fiduciarios que tengan por objeto la realización de inversiones, la administración de bienes o la ejecución de actividades relacionadas con el otorgamiento de garantías por terceros para asegurar el cumplimiento de obligaciones la administración o vigilancia de los bienes sobre los que se constituyan las garantías y la realización de las mismas, con sujeción a las restricciones legales. C) Obrar como agente de transferencia y registro de valores. D) Obrar como representante de tenedores de bonos. E) Obrar, en los casos en que sea procedente con arreglo a la ley, como sindico, curador de bienes o depositario de sumas consignadas en cualquier juzgado, por orden de autoridad judicial competente o por determinación de las personas que tengan facultad legal para designarlas con tal fin. F) Prestar servicio de asesoría financiera. G) Emitir bonos por cuenta de una fiducia mercantil o de dos o más empresas, de conformidad con las disposiciones legales. H) Administrar fondos de pensiones de jubilación de invalidez. I) Actuar como intermediario en el mercado de valores en los eventos autorizados por las disposiciones vigentes. J) Obrar como agente de titularización de activos. K) ejecutar las operaciones especiales determinadas por el artículo 276 del estatuto orgánico del sistema financiero. L) En general, realizar todas las actividades que le sean autorizadas por la ley. Para el desarrollo de su objeto la sociedad podrá realizar todas las operaciones relacionadas con el ejercicio y cumplimiento de obligaciones legales y contractuales y con la ejecución del objeto social, como las siguientes: A) Adquirir, enajenar, gravar y administrar toda clase de bienes muebles o inmuebles. B) Intervenir como deudora o como acreedora en toda clase de operaciones de crédito, dando o recibiendo las garantías del caso, cuando haya lugar a ellas. C) Celebrar con otros establecimientos de crédito y con compañías aseguradoras, toda clase de operaciones relacionadas con los bienes y negocios de la sociedad. D) girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar y negociar, en general, toda clase de títulos valores y cualesquiera otra clase de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

---

derechos personales y títulos de crédito. E) Celebrar contratos de prenda, de anticresis, de depósito, de garantía, de administración, de mandato, de comisión y de consignación. F) intervenir directamente en juicios de sucesión como tutora, curadora o albacea fiduciaria. G) Emitir y negociar títulos o certificados libremente negociables y garantizados por las fiducias a su cargo. H) escindir o invertir en sociedades administradoras de fondos de cesantías y sociedades de servicios técnicos, o administrar transitoriamente, cuando así lo apruebe el gobierno nacional de acuerdo a la ley 50 de 1990. Fondos de cesantías, para lo cual se observara lo dispuesto en las normas legales pertinentes. I) En virtud de contratos de fiducia mercantil y encargos fiduciarios, llevar la representación y administración de cuentas especiales de la nación y de los fondos de que trata el artículo 276 del estatuto orgánico del sistema financiero, así como de entidades nacionales y territoriales, que creen con la debida autorización, cumpliendo con los objetivos para ellas previstos y respetando la destinación de los bienes que las conforman. J) Obrar como agente de entidades o establecimientos públicos, recibiendo encargos fiduciarios, según lo previsto en el artículo 9 del decreto 1050 de 1968 y normas complementarias y, en tal carácter, administrar bienes, invertir o cuidar de su correcta inversión, recaudar sus productos, recibir, aceptar y ejecutar los encargos y facultades, recibir dineros y efectuar pagos por cuenta de las mismas. K) Celebrar contratos y convenios con personas naturales y jurídicas, de derecho público y privado, relacionados con los bienes y negocios de la sociedad. L) realizar todos los actos y operaciones que tengan por finalidad ejercer los derechos y cumplir las obligaciones legal o convencionalmente derivadas de la existencia de la sociedad.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : $72.000.000.000,00
No. de acciones : 72.000.000,00
Valor nominal : $1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : $71.960.184.000,00
No. de acciones : 71.960.184,00

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

Valor nominal : $1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $71.960.184.000,00
No. de acciones : 71.960.184,00
Valor nominal : $1.000,00

NOMBRAMIENTOS

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

Junta Directiva: Principal (es)

Nombre	Identificación

Primer Renglón
Ministro de Hacienda y Crédito Público o su Delegado
Que por Resolución No. 3122 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, del 09 de diciembre de 2021, inscrito el 31 de Diciembre de 2021 bajo el No. 02778926 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)
Angela Patricia Parra Carrascal C.C. 0000052817359

Por Documento Privado del 3 de agosto de 2022, inscrito en esta Cámara de Comercio el 20 de Octubre de 2022 con el No. 02890935 del Libro IX, Angela Patricia Parra Carrascal presentó la renuncia al cargo.

Segundo Renglón
Que por Resolución No. 962 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, del 07 de julio de 2020, inscrito el 05 de agosto de 2020 bajo el No. 02604091 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)
Álvaro Hernán Vélez Millán C.C. 00000006357600

Tercer Renglón
Que por Acta No. 76 del 14 de diciembre de 2021 inscrita el 16 de Febrero de 2022 bajo el No. 02793149 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)

Nombre	Identificación
Ana María Moreno García	C.C. 000000037511912

Cuarto Renglón
Que por Acta No. 72 del 28 de marzo de 2019 inscrita el 11 de Junio

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

---

de 2019 bajo el No. 02475209 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)
Maria Mercedes Cecilia Gloria Cuellar Lopez C.C. 000000041366061

Quito Renglón
Mediante Decreto No. 2618 del 29 de diciembre de 2022, de Ministerio de Hacienda y Crédito Público, inscrito en esta Cámara de Comercio el 14 de Febrero de 2023 con el No. 02933706 del Libro IX, se designó a:

Nombre	Identificación
Betoven Herrera Valencia	C.C. 000000019054838

Junta Directiva: Suplente (s)

Suplente del Tercer Renglón
Que por Acta No. 68 del 9 de febrero de 2018, inscrito el 25 de abril de 2018, bajo el No. 02334128 del libro IX, fue (ron) nombrada (s)
Claudia Isabel Gonzalez Sanchez C.C. 000000052033893

Suplente del Cuarto Renglón
Que por Acta No. 76 del 14 de diciembre de 2021 inscrita el 16 de Febrero de 2022 bajo el No. 02793149 del libro IX, fue (ron) nombrado (s)
Maria Paula Valderrama Rueda C.C. 000001020741715

Suplente del Quito Renglón
Mediante Decreto No. 2618 del 29 de diciembre de 2022, de Ministerio de Hacienda y Crédito Público, inscrito en esta Cámara de Comercio el 14 de Febrero de 2023 con el No. 02933706 del Libro IX, se designó a:

Nombre	Identificación
Javier Andrés Cuellar Sánchez	C.C. 000000080872775

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 77 del 24 de marzo de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 1 de julio de 2022 con el No. 02854613 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	BDO AUDIT S.A.S. BIC	N.I.T. No. 860600063 9

Por Documento Privado del 4 de mayo de 2022, de Revisor Fiscal,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

---

inscrita en esta Cámara de Comercio el 1 de julio de 2022 con el No. 02854614 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Victor Manuel Ramirez Vargas	C.C. No. 80124259 T.P. No. 151419-T
Revisor Fiscal Suplente	Zandra Yaneth Guerrero Ruiz	C.C. No. 30205360 T.P. No. 47747-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

ESCRITURA NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
25	29-III-1.985	33 BTA.	16- X -1.985 NO.178.536
3195	29-XII-1.987	33 BTA.	3- V -1.988 NO.235.032
2634	13-X -1.988	33 BTA.	15-XI -1.988 NO.250.101
1846	10-VII-1.989	33 BTA.	29-VIII-1989 NO.273.421
3890	29-XII-1.989	33 BTA.	23- I-1.990 NO.285.079
4301	31-XII-1.990	33 BTA.	20-II -1.991 NO.318.474
2281	12-VIII-1992	33 STAFE BTA	14-VIII-1992 NO.374.851
462	24- I- 1994	29 STAFE BTA	1- II- 1994 NO.435.739
4384	20- V -1994	29 STAFE BTA	25- V - 1994 NO.449.074
10193	23- X- 1995	29 STAFE BTA	09- XI- 1995 NO.515.413
5065	30- V -1996	29 STAFE BTA	28- VI -1996 NO.543.749
966	05- II -1997	29 STAFE BTA	25- II -1997 NO.575.176

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0012384 del 10 de noviembre de 1998 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00658281 del 26 de noviembre de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0004981 del 15 de julio de 1999 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00698893 del 5 de octubre de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0010110 del 28 de diciembre de 1999 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00711971 del 12 de enero de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0002436 del 3 de mayo de	00730783 del 29 de mayo de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

2000 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	2000 del Libro IX
E. P. No. 0005251 del 28 de julio de 2000 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00740050 del 9 de agosto de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0010715 del 11 de diciembre de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00805761 del 11 de diciembre de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0005445 del 7 de junio de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00840437 del 16 de agosto de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0006090 del 26 de mayo de 2003 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00883471 del 9 de junio de 2003 del Libro IX
E. P. No. 0001283 del 10 de febrero de 2004 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00920945 del 19 de febrero de 2004 del Libro IX
E. P. No. 0002649 del 11 de marzo de 2004 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00926870 del 26 de marzo de 2004 del Libro IX
E. P. No. 0003914 del 25 de abril de 2005 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00989338 del 3 de mayo de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0010756 del 28 de septiembre de 2005 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01015358 del 7 de octubre de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0012204 del 28 de octubre de 2005 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01019494 del 2 de noviembre de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0009677 del 10 de agosto de 2006 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01074957 del 28 de agosto de 2006 del Libro IX
E. P. No. 0004445 del 30 de marzo de 2007 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01122768 del 11 de abril de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0006721 del 10 de mayo de 2007 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01136407 del 6 de junio de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0001341 del 27 de junio de 2007 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	01144592 del 13 de julio de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0000649 del 21 de abril	01209991 del 29 de abril de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

---

de 2008 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	2008 del Libro IX
E. P. No. 1005 del 27 de junio de 2009 de la Notaría 61 de Bogotá D.C.	01308428 del 30 de junio de 2009 del Libro IX
E. P. No. 47 del 18 de enero de 2010 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01355776 del 22 de enero de 2010 del Libro IX
E. P. No. 2105 del 16 de julio de 2010 de la Notaría 52 de Bogotá D.C.	01401939 del 29 de julio de 2010 del Libro IX
E. P. No. 1952 del 12 de noviembre de 2010 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	01432148 del 29 de noviembre de 2010 del Libro IX
E. P. No. 34 del 12 de enero de 2011 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	01446766 del 21 de enero de 2011 del Libro IX
E. P. No. 1488 del 25 de abril de 2013 de la Notaría 6 de Bogotá D.C.	01726773 del 30 de abril de 2013 del Libro IX
E. P. No. 0835 del 23 de abril de 2014 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01830264 del 29 de abril de 2014 del Libro IX
E. P. No. 503 del 31 de mayo de 2018 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02364091 del 6 de agosto de 2018 del Libro IX
E. P. No. 1025 del 8 de julio de 2020 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02587776 del 16 de julio de 2020 del Libro IX
E. P. No. 942 del 27 de abril de 2022 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02835942 del 5 de mayo de 2022 del Libro IX

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Por Documento Privado No. 0000000 del 11 de agosto de 2006 de Representante Legal, inscrito el 16 de agosto de 2006 bajo el número 01073010 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:
- LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS
Domicilio: Bogotá D.C.
Presupuesto: No reportó

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6431
Actividad secundaria Código CIIU: 6630

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre:	FIDUCIARIA LA PREVISORA
Matrícula No.:	00404160
Fecha de matrícula:	4 de abril de 1990
Último año renovado:	2023
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cl 71 # 9 - 87 Lc 1 - 14

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

Municipio: Bogotá D.C.

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

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $ 219.985.800.628
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6431

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 14 de junio de 2017. Fecha de envío de información a Planeación : 14 de febrero de 2023. \n \n 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 constitución de su empresa, de 50% en el segundo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 18 de abril de 2023 Hora: 13:04:44
Recibo No. AA23996411
Valor: $ 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23996411923D7

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

---

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 está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

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

****

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

****

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

****

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

CONSTANZA PUENTES TRUJILLO

ANEXO No 5.
DOCUMENTO DE CONFORMACION

Bucaramanga, diciembre 5 de 2017

Señores
FIDUPREVISORA S.A.
La Ciudad.

REFERENCIA: Invitación Pública No. 006 de 2017 CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE PARA LAS REGIONES 4 Y 7 BAJO LA MODALIDAD DE CAPITACIÓN PARA TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD.

Los suscritos, **JORGE RICARDO LEON FRANCO** (*nombre del Representante Legal*), identificado con cc. 2.099.899 de Guadalupe (Sder) y **RODOLFO PINILLA MARQUEZ** (*nombre del Representante Legal*), identificado con cédula de ciudadanía N° 5.645.631 de Girón (Sder); debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de **FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER – FOSCAL** (*nombre o razón social del integrante*) con NIT **890205361-4** y **CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.** (*nombre o razón social del integrante*) con NIT **900581702-9** , respectivamente; manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en (*marque a continuación con una x el tipo de conformación plural*) UNION TEMPORAL X , CONSORCIO _____, MANIFESTACION DE SOCIEDAD FUTURA _____ para participar en la Proceso de Convocatoria Pública de la referencia, cuyo objeto es CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE PARA LAS REGIONES 4 Y 7 BAJO LA MODALIDAD DE CAPITACIÓN PARA TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD, y posteriormente, en caso de ser adjudicado, suscribir, perfeccionar y ejecutar el respectivo contrato y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de la Propuesta Plural será igual al término de ejecución y 5 años más.
No obstante, lo anterior, el presente acuerdo se terminará automáticamente si el contrato no llegare a serle adjudicado a Propuesta Plural

---

1 La región No. 4 se encuentra integrada por los siguientes Departamentos de la República de Colombia: Casanare, Boyacá y Meta.
2 La región No. 7 se encuentra integrada por los siguientes Departamentos de la República de Colombia: Santander, Norte de Santander, Cesar y Arauca.

2. La Propuesta Plural está integrada por:

NOMBRE	TÉRMINOS Y EXTENSIÓN DE PARTICIPACIÓN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO (1)	COMPROMISO (%) (2)
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER- FOSCAL	$330.174.986.287	50 %
CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	$330.174.986.287	50 %

(1) Discriminar en función de los ítems establecidos en el presupuesto oficial, para cada uno de los integrantes.
(2) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los miembros, debe ser igual al 100%.

3. La Propuesta Plural se denominará **UT RED INTEGRADA FOSCAL- CUB.**

4. La responsabilidad de los integrantes de la Propuesta Plural: Serán solidariamente responsables por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto del contrato, en caso de ser adjudicado.

5. Las partes de la Propuesta Plural acuerdan que el representante de la Propuesta Plural es **JORGE RICARDO LEON FRANCO**(*indicar el nombre*), identificado con la cédula de ciudadanía No. 2.099.899 , de Guadalupe (Sder) , quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación, para firmar el contrato y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto a la ejecución y liquidación del mismo, con amplias y suficientes facultades.

Queda expresamente facultado para presentar la propuesta a que haya lugar, firmar el contrato en caso de ser adjudicado, otorgar las garantías exigidas, representar a Propuesta Plural judicial o extrajudicialmente, ejercer las facultades de recibir, transigir y conciliar y tomar todas las determinaciones que lleguen a ser necesarias para la adecuada ejecución del contrato, con las más amplias facultades.

6. Las partes de la Propuesta Plural acuerdan que el suplente del representante de la Propuesta Plural es **RODOLFO PINILLA MARQUEZ** (*indicar el nombre*). identificado con la cédula de ciudadanía No. 5.645.631, de Girón (Sder) , quien está expresamente facultado para *(señalar las facultades otorgadas al representante legal suplente)* ejercer todas las facultades otorgadas al representante legal principal, las cuales ejercerá en ausencia temporal o definitiva del mismo.

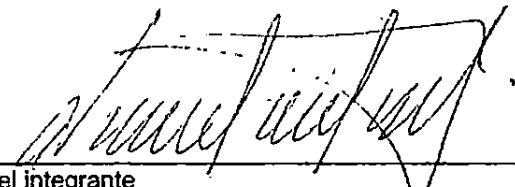
7. Los miembros de la propuesta plural participarán de manera conjunta en la totalidad de la ejecución de los trabajos y obligaciones inherentes al objeto del proceso de contratación, y en consecuencia velarán por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto contratado. Para los fines pertinentes de la Propuesta Plural, las labores a realizar serán como se define a continuación:
Prestación de servicios de salud en todos los niveles de complejidad, del plan de atención integral y la atención médica derivada de los riesgos laborales para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en la región 7 conformada por los departamentos de Arauca, Cesar, Santander y Norte de Santander, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se derive y de acuerdo con el porcentaje de participación de los miembros de la Propuesta Plural descrito.

8. La sede de la Propuesta Plural es:

Dirección de correo carrera 27 # 37-33 oficina 514 Edificio Green Gold
Dirección electrónica invitacionfoscal@gmail.com
Teléfono (7) 6850087
Telefax (7) 6832073
Ciudad Bucaramanga - Santander

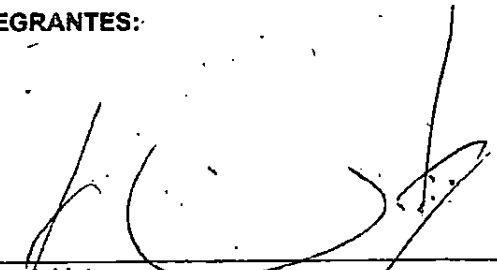
En constancia, se firma en Bucaramanga, a los cinco (5) días del mes de diciembre de 2017.

INTEGRANTES:



Firma del integrante
Nombre: **JORGE RICARDO LEÓN FRANCO**
Tipo de documento: **Cedula de Ciudadanía**
Número del documento de identificación: **2.099.899 de Guadalupe (Santander)**
Nombre del INTEGRANTE (entidad): **FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - FOSCAL**

INTEGRANTES:



Firma del integrante
Nombre: **RODOLFO PINILLA MARQUEZ**
Tipo de documento: **Cedula de ciudadanía**
Número del documento de identificación: **5.645.631 de Girón (Santander)**
Nombre del INTEGRANTE (entidad): **CLINICA DE URGENCIAS DE BUCARAMANGA S.A.S.**

(Firma del Representante Legal
de la Propuesta Plural)

Nombre del Representante Legal de la Propuesta Plural: JORGE RICARDO LEON FRANCO
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número del documento de identificación: 2.099.899 de Guadalupe (Sder)
Nombre del Proponente: UT. RED INTEGRADA FOSCAL- CUB

fiduprevisora

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

CONTRATO No.	12076-003-2018	**TIPO**	CONTRATO
CONTRATISTA	UT INTEGRADA FOSCAL CUB	**VALOR CONTRATO**	INDETERMINADO
		DURACIÓN CONTRATO	48 MESES
FECHA PERFECCIONAMIENTO CONTRATO	09/02/2018	**INICIO EJECUCIÓN**	ACTA DE INICIO
OTROSÍ	N/A	**FECHA OTROSÍ**	N/A
ACTO ASEGURADO	CONTRATO	**VALOR ADICIÓN**	N/A
		TIEMPO PRÓRROGA	N/A
TIPO DE GARANTÍA	PÓLIZA DE SEGURO	**A FAVOR DE**	ENTIDADES ESTATALES
ASEGURADORA	COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A., CONFIANZA / CONFIANZA S.A.	**GARANTÍA No.**	18 GU071937
		CERTIFICADO(S)	18 GU107881
BENEFICIARIO(s)	LA NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y/O FIDUCIARIO LA PREVISORA S.A. NIT 830.053.105-3		

Amparo	Vigencia Desde		Vigencia Hasta	Valor	(%)
CUMPLIMIENTO	09/02/2018	/	09/08/2022	$ 66.034.997.527,50	10%
CALIDAD DEL SERVICIO	09/02/2018	/	09/02/2022	$ 16.508.749.314,30	2,5%
SALARIO Y PRESTACIONES SOCIALES	09/02/2018	/	09/02/2025	$ 16.508.749.314,30	5%
		/			
		/			
			Total Asegurado	**$ 99.052.496.156,10**	

Observaciones:

De conformidad con las atribuciones conferidas mediante Resolución 018 de 2015 de la Presidencia de la FIDUPREVISORA S.A., mediante el presente certificado se imparte aprobación a la garantia expedida por el contratista, por reunir los requisitos de suficiencia de los amparos exigidos en el contrato y la Ley.

Fecha de Aprobación **13/02/2018**

Aprobó

RONAL ALEXIS PRADA MANCILLA
Director de Contratos
Vicepresidencia Jurídica

VoBo. Revisor

PAOLA ANDREA GARCIA FLORIAN
Abogado Responsable
Vicepresidencia Jurídica

fiduprevisora

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

CONTRATO No.	12076-003-2018	**TIPO**	CONTRATO
CONTRATISTA	UT INTEGRADA FOSCAL CUB	**VALOR CONTRATO**	INDETERMINADO
		DURACIÓN CONTRATO	48 MESES
FECHA PERFECCIONAMIENTO	09/02/2018	**INICIO EJECUCIÓN**	ACTA DE INICIO
OTROSÍ	N/A	**FECHA OTROSÍ**	N/A
ACTO ASEGURADO	CONTRATO	**VALOR ADICIÓN**	N/A
		TIEMPO PRÓRROGA	N/A
TIPO DE GARANTÍA	PÓLIZA DE SEGURO	**A FAVOR DE**	ENTIDADES ESTATALES
ASEGURADORA	COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A., CONFIANZA / CONFIANZA S.A.	**GARANTÍA No.**	18 RE001931
		CERTIFICADO(S)	18 RE005077
BENEFICIARIO(s)	LA NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y/O FIDUCIARIO LA PREVISORA S.A. NIT 830.053.105-3		

Amparo	Vigencia Desde		Vigencia Hasta	Valor	(%)
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	09/02/2018	/	02/02/2022	$ 33.017.498.628,70	5%
		/		$ -	
		/		$ -	
		/		$ -	
		/		$ -	
			Total Asegurado	**$ 33.017.498.628,70**	

De conformidad con las atribuciones conferidas mediante Resolución 18 de 2015 de la Presidencia de la FIDUPREVISORA S.A., mediante el presente certificado se imparte aprobación a la garantia expedida por el contratista, por reunir los requisitos de suficiencia de los amparos exigidos en el contrato y la Ley.

Fecha de Aprobación **13/02/2018**

Aprobó

RONAL ALEXIS PRADA MANCILLA
Director de Contratos
Vicepresidencia Jurídica

VoBo. Revisor

PAOLA ANDREA GARCIA FLORIAN
Abogado Responsable
Vicepresidencia Jurídica

fiduprevisora

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

CONTRATO No.	12076-003-2018	**TIPO**	CONTRATO
CONTRATISTA	UT INTEGRADA FOSCAL CUB	**VALOR CONTRATO**	INDETERMINADO
		DURACIÓN CONTRATO	48 MESES
FECHA PERFECCIONAMIENTO CONTRATO	09/02/2018	**INICIO EJECUCIÓN**	ACTA DE INICIO
OTROSÍ	N/A	**FECHA OTROSÍ**	N/A
ACTO ASEGURADO	CONTRATO	**VALOR ADICIÓN**	N/A
		TIEMPO PRÓRROGA	N/A
TIPO DE GARANTÍA	CONTRATO	**A FAVOR DE**	ENTIDADES ESTATALES
ASEGURADORA	COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A., CONFIANZA / CONFIANZA S.A.	**GARANTÍA No.**	18 RC001187
		CERTIFICADO(S)	18 RC001994
ASEGURADO(s)	LA NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y/O FIDUCIARIO LA PREVISORA S.A. NIT 830.053.105-3		

Amparo	Vigencia Desde		Vigencia Hasta	Valor	(%)
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	09/02/2018	/	09/02/2019	$ 4.000.000.000,00	0%
		/		$ -	
		/		$ -	
		/		$ -	
		/		$ -	
			Total Asegurado	**$ 4.000.000.000,00**	

Observaciones:

De conformidad con las atribuciones conferidas mediante Resolución 18 de 2015 de la Presidencia de la FIDUPREVISORA S.A., mediante el presente certificado se imparte aprobación a la garantia expedida por el contratista, por reunir los requisitos de suficiencia de los amparos exigidos en el contrato y la Ley.

Fecha de Aprobación **13/02/2018**

Aprobó

RONAL ALEXIS PRADA MANCILLA
Director de Contratos
Vicepresidencia Jurídica

VoBo. Revisor

PAOLA ANDREA GARCIA FLORIAN
Abogado Responsable
Vicepresidencia Jurídica

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

GARANTIA UNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Régimen privado de contratación

PÓLIZA 18 GU071937

CERTIFICADO 18 GU107881

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1860107881

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD MM AAAA 13 02 2018

TOMADOR/GARANTIZADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:** 901153056	7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	
E-MAIL:		**TELÉFONO:** 6850087	
ASEGURADO:	FIDUPREVISORA S.A.	**C.C. O NIT:** 860525148	5
DIRECCIÓN:	CR 10 14 A 04	**CIUDAD:** BOGOTÁ **TEL.** 7274347	
BENEFICIARIO:	FIDUPREVISORA S.A.	**C.C. O NIT:** 860525148	5
DIRECCIÓN:	CR 10 14 A 04	**CIUDAD:** BOGOTÁ **TEL.** 7274347	

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 09 02 2018	HASTA 09 02 2025			115,561,245,200.50

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM 2,904.29	MONEDA	VALORES	
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	40.00	713,340,712.40	46,224,498,080.20	PRIMA	PESOS	1,783,351,781.00	
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	35.00	624,173,123.35	40,446,435,820.18				
		ZURICH COLOMBIA SEGUROS	25.00	445,837,945.25	28,890,311,300.12	GAST. EXPED.	PESOS	7,000.00	
		TOTAL	100.00	1,783,351,781.0	115,561,245,200.50	IVA	PESOS	338,838,168.00	
						TOTAL		**2,122,196,949.00**	

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	09-02-2018	09-08-2022	0.00	66,034,997,257.50	891,201,019.00	0.00	0.00
PAGO SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALE	09-02-2018	09-02-2026	0.00	33,017,498,628.70	693,910,114.00	0.00	0.00
CALIDAD DE SERVICIO	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.30	198,240,648.00	0.00	0.00

OBJETO DE LA POLIZA:
GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES , RELACIONADA CON LA CONTRATACION DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL Y LA ATENCION MEDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGION 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTADER, CESAR Y ARAUCA N° 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

REGION 7: DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA.

NOTA: SE ACLARA EL NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL - CUB ASI:
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - FOSCAL NIT 890.205.361-4 PART. 50%
CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S. NIT 900.581.702-9 PART. 50%

ASEGURADO-BENEFICIARIO: LA NACION - MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y/O FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT 830.053.105-3

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
"VER NOTA"" EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 15 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN NUESTRA PÁGINA WEB Y EN EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-38-04 ADJUNTA.

CONFIANZA
NIT.860.070.374-9

RES. DIAN NO. 18762004448159 7/12/2016 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 100001 AL 200000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 089868 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)1860107881

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA
Swiss Re
Corporate Solutions

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. "CONFIANZA"

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO ANTE ENTIDADES PÚBLICAS CON RÉGIMEN PRIVADO DE CONTRATACIÓN

La Compañía Aseguradora de Fianzas S.A, en adelante denominada La Aseguradora, expide el presente contrato de seguro, sujeto a estas condiciones generales, las cuales están debidamente depositadas en la Superintendencia Financiera de Colombia y a las condiciones particulares que se delimitan en su alcance y vigencia según los amparos otorgados en forma expresa en la carátula del seguro, conforme a lo normado en el artículo 1047 del Código de Comercio.

1. AMPAROS

1.1. Seriedad de los ofrecimientos

La aseguradora cubre a LA ENTIDAD de las sanciones imputables al proponente de las obligaciones establecidas en el pliego de condiciones, los términos de referencia, el estudio previo y/ o las reglas de participación, en los siguientes eventos: (i) La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del proponente seleccionado. (ii) La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de la oferta cuando el término previsto en el pliego de condiciones, los términos de referencia, el estudio previo y/ o las reglas de participación, se prorrogue o cuando el término previsto para la suscripción del contrato se prorrogue, siempre y cuando esas prórrogas no excedan un término de tres (3) meses. (iii) El retiro de la oferta después de vencido el término fijado para la presentación de las propuestas. iv) La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento exigida por LA ENTIDAD para amparar el incumplimiento de las obligaciones del contrato.

1.2. Anticipos

Cubre contra los perjuicios imputables al contratista derivados de la no inversión, uso indebido, apropiación indebida de las sumas en dinero o especie que sean entregadas en calidad de anticipo. Se entiende que ello ha ocurrido cuando los bienes o dinero no se han aplicado o utilizado en el desarrollo del contrato o en las obligaciones a cargo del contratista.

Cuando se trate de bienes entregados en calidad de anticipo, éstos deberán tasarse en dinero previamente en el contrato.

1.1. Pago anticipado

Cubre contra los perjuicios imputables al contratista derivados del no reintegro de las sumas en dinero o especie que sean entregadas en calidad de pago anticipado y que el contratista no devuelva a LA ENTIDAD.

En caso de cumplimiento parcial de las obligaciones, se estimará la proporción de la parte cumplida del contrato, para descontarla de la indemnización.

1.2. Cumplimiento de las obligaciones

Cubre los perjuicios directos imputables al contratista, derivados del incumplimiento de las obligaciones adquiridas por el contratista con la suscripción del contrato, y contempla también el cumplimiento tardío, defectuoso o imperfecto de las mismas, así como multas y clausula penal, según se pacten en el contrato.

1.3. Calidad de elementos, bienes y equipos que entregue el contratista

Cubre los perjuicios imputables la contratista causados por la mala calidad, la calidad deficiente o desempeño defectuoso de los elementos, bienes y equipos suministrados por el contratista, frente a las especificaciones contenidas en la ley 1480 de 2011 y las normas que la modifiquen, y aquellas adicionales propias del bien, equipo y elemento, así como aquellas que se pacten en el contrato.

1.4. Calidad de servicios

Cubre los perjuicios imputables al contratista causados por la mala calidad, la calidad deficiente o desempeño defectuoso, frente a las especificaciones que se pacten en el contrato, todos ellos siempre que sean exigibles en la etapa post-contractual, una vez finalice el plazo de ejecución.

1.5. Provisión de repuestos

Cubre los perjuicios imputables la contratista causados por el incumplimiento por no suministrar los repuestos, partes, materiales e insumos necesarios para la reparación y mantenimiento de bienes suministrados por el contratista, frente a las especificaciones que se pacten

en el contrato o previstas en la ley en la etapa postcontractual.

1.6. Pago de salarios y prestaciones sociales

Cubre a LA ENTIDAD en su calidad de contratante, contra los perjuicios imputables la contratista derivados del incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, derivadas de contratos laborales a que está obligado, en su calidad de empleador, incluidas las de pago de salarios y prestaciones sociales legales, liquidación de contratos de acuerdo con las obligaciones de ley asumidas por el empleador y que guardan relación directa con el personal utilizado en la ejecución del contrato en el territorio nacional.

1.7. Estabilidad y calidad de la obra

El amparo de estabilidad y calidad de la obra, cubrirá a LA ENTIDAD en calidad de contratante, con motivo de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia de cualquier tipo de daño o deterioro, independientemente de su causa, sufridos por la obra entregada, imputables al contratista garantizado.

1.8. Otros amparos

La presente póliza también cubre a LA ENTIDAD en su calidad de contratante, por los amparos adicionales que se determinen y definan específicamente en el contrato y que se anotan expresamente en la carátula o en anexos que se expidan en ampliación a la presente póliza.

2. EXCLUSIONES

2.1. CAUSA EXTRAÑA

CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. MODIFICACIONES NO INFORMADAS

EN CASO DE PACTARSE O IMPONERSE CONDICIONES, CAMBIAR LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO Y NO REPORTARLO DEBIDAMENTE AL ASEGURADOR, Y QUE NO SEAN ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ÉL, ÉSTE QUEDARÁ RELEVADO DEL PAGO DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA, DERIVADA DE TALES CAMBIOS, PACTOS O MODIFICACIONES.

2.3. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

ESTE SEGURO NO CUBRE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LOS RECLAMOS DE TERCEROS AJENOS AL CONTRATO, CON OCASIÓN DE RECLAMOS DE TERCEROS AJENOS AL CONTRATO, CON OCASIÓN DE EVENTUALES RESPONSABILIDADES DE CARÁCTER CIVIL EXTRACONTRACTUAL. TAMPOCO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE CARÁCTER PATRONAL, DERIVADA DE ACCIDENTE DE TRABAJO.

2.4. VICIOS POR TRANSCURSO DEL TIEMPO

LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL SIMPLE TRANSCURSO DEL TIEMPO SOBRE BIENES Y OBJETOS.

2.5. USO INDEBIDO

EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LA ENTIDAD CONTRATANTE

2.6. EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS.

LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

2.7. SE EXCLUYE DE LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUALQUIER HECHO O RECLAMACIÓN ORIGINADA EN LA COMISIÓN POR ALGUNA DE LAS PARTES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, DE CUALQUIER DELITO EN CONTRA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y/O SOBORNO TRANSNACIONAL TIPIFICADOS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO."

3. TÉRMINO DEL AMPARO

La vigencia de los amparos se registra en la carátula de la póliza. Cuando el contratista o LA ENTIDAD requieran al asegurador para ampliar la vigencia de la garantía, el asegurador podrá hacerlo, mediante anexo a la póliza, las vigencias podrán ser modificadas de común acuerdo con el asegurador.

4. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para cada uno de los amparos otorgados se registra en la carátula de la póliza. Cuando el contratista o LA ENTIDAD requieran al asegurador para ampliar el valor asegurado de la garantía, el asegurador podrá a hacerlo, mediante anexo a la póliza, las sumas aseguradas podrán ser modificadas de común acuerdo con el asegurador.
En todo caso, las sumas aseguradas para cada amparo constituyen el límite máximo y no se acumulan entre sí, para aumentar el valor asegurado total de la garantía. Lo anterior sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074 del Código de Comercio.

5. SINIESTROS

5.1. Aviso

LA ENTIDAD estará obligada a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer. Este término podrá ampliarse, mas no reducirse por las partes.
El asegurador no podrá alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, interviene en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

5.2. Cuantía y ocurrencia

En concordancia con lo normado en el artículo 1077 del Código de Comercio, LA ENTIDAD deberá acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la reclamación.

Sin perjuicio de la libertad que tiene LA ENTIDAD para demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro, esta se acreditará con la comunicación en la que consta el incumplimiento que resulte del procedimiento establecido para tal fin en el contrato y que se describe a continuación:

PROCEDIMIENTO PARA DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL Y PARA EXIGIR EL PAGO DE LA CLÁUSULA PENAL DE APREMIO Y/O CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA .

Cuando se presente un posible incumplimiento parcial o total del contrato atribuible al CONTRATISTA respecto de

cualquiera de las obligaciones del mismo, LA ENTIDAD, deberá evacuar el siguiente procedimiento para declarar dicho incumplimiento: **A)** Evidenciado un posible incumplimiento de las obligaciones a cargo de **EL CONTRATISTA**, según conste en informes elaborados por la Supervisión o la Interventoría, **LA ENTIDAD** lo citará a él y al **GARANTE**, mediante comunicación que por escrito se remitirá al domicilio del CONTRATISTA y del GARANTE, a una audiencia para debatir lo ocurrido. LA ENTIDAD, fijará la fecha para realizar la audiencia, como mínimo al quinto día hábil siguiente a la fecha de recepción de la comunicación de citación a audiencia al CONTRATISTA y al GARANTE. En la citación, se hará mención expresa y detallada de los hechos que la soportan y por ello deberá indicar los presuntos incumplimientos contractuales atribuibles al CONTRATISTA, acompañando el informe de la supervisión o interventoría en el que se sustente la actuación y las demás pruebas que soporten la citación y enunciará las normas o cláusulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para **EL CONTRATISTA**, de acuerdo con las estipulaciones contractuales. En la misma se establecerá el lugar, fecha y hora para la realización de la audiencia la que deberá tener lugar a la mayor brevedad posible, atendida la naturaleza del contrato y la periodicidad establecida para el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **B)** En desarrollo de la audiencia, el Subgerente de Contratación, presentará las circunstancias de hecho que motivan la actuación contractual, indicará los presuntos incumplimientos contractuales atribuidos al CONTRATISTA, enunciará las posibles normas o cláusulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para **EL CONTRATISTA**, según las estipulaciones contractuales. Acto seguido se concederá el uso de la palabra al representante legal del **CONTRATISTA** o a quien lo represente y al **GARANTE**, para que ejerzan su derecho de defensa y se pronuncien sobre las imputaciones de incumplimiento, en desarrollo de lo cual podrán rendir las explicaciones del caso, solicitar y aportar pruebas y controvertir las presentadas por la entidad. **C)** Una vez evacuada la práctica de las pruebas o recibidos los medios probatorios aportados por los interesados, se cerrará la audiencia para que LA ENTIDAD mediante decisión contractual motivada que constará por escrito, proceda a resolver sobre la exigibilidad o no de la sanción o declaratoria o no del incumplimiento. Si se resuelve que no hubo incumplimiento, se archivará la actuación contractual. Por el contrario, si se decide que hubo incumplimiento contractual, en el mismo documento, se hará la tasación de la suma a pagar a favor de LA ENTIDAD y a cargo del CONTRATISTA y/o EL GARANTE, como consecuencia del incumplimiento de acuerdo con las estipulaciones contractuales. La respectiva decisión, se informará mediante comunicación escrita que se remitirá al domicilio del CONTRATISTA y del GARANTE. EL CONTRATISTA y EL GARANTE, podrán presentar un escrito de reconsideración ante LA ENTIDAD, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de adopción de la decisión que declara el incumplimiento contractual. Si declarado éste ni EL CONTRATISTA, ni EL GARANTE, presentan el escrito de reconsideración o lo hacen en forma extemporánea, se entenderá que esa decisión se ratifica y se procede para su posterior cobro. La decisión sobre el escrito de reconsideración, si se presenta, será resuelta por **LA ENTIDAD** por escrito, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a su recepción y remitida al CONTRATISTA y del GARANTE. El plazo anteriormente descrito podrá ser prorrogado por un término igual al inicialmente pactado. Por el contrario, si se resuelve que no hubo incumplimiento, se comunicará por escrito a los interesados y se archivará la actuación contractual **D)** En todo caso, en cualquier momento del desarrollo de la audiencia contractual, el Subgerente de Contratación, podrá suspender la audiencia cuando de oficio o a petición de parte, ello resulte en su criterio necesario para allegar o practicar pruebas que estime conducentes y pertinentes, o cuando por cualquier otra razón debidamente sustentada, ello resulte necesario para el correcto desarrollo de la actuación contractual. En todo caso, al adoptar la decisión, se señalará fecha y hora para reanudar la audiencia. **LA ENTIDAD** podrá ordenar el archivo de la actuación contractual en cualquier momento, si se prueba la cesación de situación de incumplimiento que dio lugar a este procedimiento.

PARAGRAFO PRIMERO. PLAZOS PARA EL PAGO DE LA OBLIGACION ECONOMICA A CARGO DEL CONTRATISTA Y/O GARANTE COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL. EL CONTRATISTA, deberá pagar la totalidad de la obligación a su cargo y a favor de LA ENTIDAD, conforme a lo indicado en la decisión de declaratoria de incumplimiento, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la fecha de confirmación de la declaratoria de incumplimiento. Cuando el GARANTE, sea una entidad bancaria, deberá pagar la totalidad de la obligación a su cargo y a favor de LA ENTIDAD, conforme a lo indicado en la decisión de declaratoria de incumplimiento, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la fecha de confirmación de la declaratoria de incumplimiento. Cuando EL GARANTE, sea una compañía de seguros, deberá pagar la totalidad de la obligación a su cargo y a favor de LA ENTIDAD, conforme a lo indicado en la decisión de declaratoria de incumplimiento, dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio. El plazo para el pago de la obligación económica señalada en la decisión de declaratoria de incumplimiento, se contará a partir de la fecha del recibo de la comunicación escrita respectiva en la que conste la confirmación de la declaratoria de incumplimiento o desde el vencimiento del término para presentar el escrito de reconsideración

PARAGRAFO SEGUNDO: Para los efectos del presente contrato, el documento donde conste la declaratoria de incumplimiento contractual parcial o total atribuible al CONTRATISTA, se constituye en la prueba de la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

PARAGRAFO TERCERO: Para efectos de valores a favor de LA ENTIDAD, referentes a cláusula penal de apremio, cláusula penal pecuniaria, cantidades de obra contractuales que no requieran adición de mayores valores contractuales, ajustes posteriores a las actas de obra parciales y/o definitivas, procederá la compensación de los saldos a favor del contratista.

5.3. Oportunidad para el pago de la prestación asegurada

El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que LA ENTIDAD acredite su derecho en la forma prevista en el numeral 5.2. Anterior. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a LA ENTIDAD, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera, aumentado en la mitad.

5.4. Compensaciones

Si LA ENTIDAD al momento de tener conocimiento del incumplimiento o en cualquier momento posterior a este y

anterior al pago de la indemnización, fuere deudor del contratista garantizado por cualquier concepto, la indemnización se disminuirá en el monto de las acreencias siempre y cuando estas sean objeto de compensación de acuerdo con la ley, de conformidad con lo reglado en los artículos 1714 y siguiente del Código Civil. Los montos compensados se disminuirán del valor de la indemnización.

En aquellos casos en que la aseguradora haya pagado indemnizaciones en virtud de declaratorias de incumplimiento, una vez se inicie la etapa de liquidación del respectivo contrato LA ENTIDAD deberá comunicar al asegurador si hay saldos a favor del contratista, para los fines que el asegurador estime pertinentes.

5.5. No proporcionalidad

De presentarse incumplimiento parcial de las obligaciones, la indemnización de perjuicios a cargo del asegurador no se tasará en proporción del valor asegurado equivalente al porcentaje incumplido de la obligación.

5.6. Proporcionalidad de la cláusula penal

En virtud de lo previsto en el Art. 1596 del Código Civil si el contratista cumple solamente una parte de la obligación principal, y LA ENTIDAD acepta esta parte, el primero tendrá derecho a que se rebaje proporcionalmente la pena estipulada en la cláusula penal.

6. INOPONIBILIDAD

A LA ENTIDAD no le serán oponibles por parte del asegurador las excepciones o defensas provenientes de la conducta del tomador del seguro, en especial las derivadas de las inexactitudes o reticencias en que éste hubiere incurrido con ocasión de la contratación del seguro ni en general, cualesquiera otras excepciones que posea el asegurador en contra de la persona garantizada.

7. CESIÓN

Si por incumplimiento del contratista, La Aseguradora resolviera continuar con la ejecución del contrato y así lo convenga con LA ENTIDAD, el contratista acepta desde ahora la cesión del contrato a favor de La Aseguradora o de quien ella designe, según el objeto contractual.

8. PROCESOS CONCURSALES Y PRECONCURSALES

LA ENTIDAD está obligada a hacer valer los derechos que le correspondan en cualquier proceso concursal o preconcursal previsto en la ley, en el que llegare a ser admitido el contratista, en la forma en que debiese hacerlo, aun si no contase con la garantía otorgada por este seguro, y deberá dar el aviso respectivo a La Aseguradora. De no cumplir con esta obligación La Aseguradora sólo podrá deducir de la indemnización el monto del valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento tal como lo regula el artículo 1078 del Código de Comercio.

9. ARBITRAMENTO

En caso de que la Aseguradora sea llamada en garantía dentro de un tribunal de arbitramento, con ocasión de una controversia entre el contratista y LA ENTIDAD, la aseguradora quedará vinculada a los efectos del pacto arbitral suscrito por ellos en los términos del Parágrafo Primero del artículo 37 de la Ley 1563 de 2012 y las normas que la modifiquen reemplacen o adicionen.

10. PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LOS DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE SEGURO

La prescripción de las acciones derivadas de este seguro sigue lo normado por el artículo 1081 del Código de Comercio y las leyes que lo adicionen, complementen o modifiquen así como normas, disposiciones o ley especiales que sean aplicables.

11. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización, de acuerdo con el artículo 1096 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 203 del decreto 663 de 1993 -Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, una vez que La Aseguradora pague la indemnización se subrogará, por ministerio de la ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos de LA ENTIDAD contra el contratista o las personas responsables del siniestro.

LA ENTIDAD no puede renunciar en ningún momento a sus derechos en contra del contratista garantizado y si lo hiciere, perderá el derecho a la indemnización.

12. RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA.

El oferente o contratista garantizado deberá restablecer el valor de la garantía cuando éste se haya visto reducido por razón de las reclamaciones efectuadas por la Entidad contratante asegurada. En este caso se dará origen al cobro adicional de prima la cual deberá ser pagada previamente por el contratista garantizado.

De igual manera, en cualquier evento en que se aumente o adicione el valor del contrato o se prorrogue su término, el contratista garantizado deberá ampliar el valor de la garantía otorgada o ampliar su vigencia, según el caso, previo pago de la prima.

13. DOMICILIO DEL CONTRATO

Se fija como do sin perjuicio de lo que dispongan las normas procesales.

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.
CONFIANZA
NIT 860.070.374-9

EL TOMADOR

FIRMA AUTORIZADA

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A
CONFIANZA

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 18 RE001931

CERTIFICADO 18 RE005077

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1850005077

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD MM AAAA 13 02 2018

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	**TEL.** 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA — **VALOR ASEGURADO EN** PESOS

DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 09 02 2018	**HASTA** 09 02 2022			33,017,498,628.70

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	40.00	158,592,544.00	13,206,999,451.48	PRIMA	PESOS	396,481,360.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	35.00	138,768,476.00	11,556,124,520.04	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
		ZURICH COLOMBIA SEGUROS	25.00	99,120,340.00	8,254,374,657.18	IVA	PESOS	75,331,458.00
		TOTAL	100.00	396,481,360.00	33,017,498,628.70	TOTAL		**471,812,818.00**

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
Predios, Labores y Operaciones - Vigencia	09-02-2018	09-02-2022	0.00	33,017,498,628.70	396,481,360.00	10.00	10.00
Predios, Labores y Operaciones - Evento	09-02-2018	09-02-2022	0.00	33,017,498,628.70	0.00	10.00	10.00
Responsabilidad Civil Patronal - Vigencia	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Responsabilidad Civil Patronal - Evento	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Contratista y Subcont Independiente-Vigen	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Contratista y Subcont Independiente-Event	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Vehiculos Propios y No Propios - Vigencia	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Vehiculos Propios y No Propios -Evento	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Perjuicios Extrapatrimoniales - Vigencia	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Perjuicios Extrapatrimoniales - Evento	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Lucro Cesante - Vigencia	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Lucro Cesante - Evento	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Gastos Judiciales - Vigencia	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00
Gastos Judiciales - Evento	09-02-2018	09-02-2022	0.00	16,508,749,314.00	0.00	10.00	10.00

OBJETO:

INDEMNIZAR LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES SIEMPRE QUE DERIVEN DE UN DAÑO FÍSICO Y/O MATERIAL IMPUTABLES AL TOMADOR Y/O ASEGURADO DE LA PÓLIZA, Y CAUSADOS POR LESIONES, MUERTE Y/O DAÑOS A LA PROPIEDAD DE TERCEROS Y DERIVADOS DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS, RELACIONADO CON: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

LA PRESENTE POLIZA TIENE CUBRIMIENTO PARA LA REGION 7: NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR, Y ARAUCA

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGLAMENTOS APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-04-04 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002983906 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 004183 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. CONFIANZA NIT 860.070.374-9

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)1850005077

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 18 RE001931

CERTIFICADO 18 RE005077

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1850005077

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 13 MM 02 AAAA 2018

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA **TEL.** 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:**	0 **TEL.** 0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 09 02 2018	HASTA 09 02 2022			33,017,498,628.70

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	40.00	158,592,544.00	13,206,999,451.48	PRIMA	PESOS	396,481,360.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	35.00	138,768,476.00	11,556,124,520.04			
		ZURICH COLOMBIA SEGUROS	25.00	99,120,340.00	8,254,374,657.18	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
		TOTAL	100.00	396,481,360.00	33,017,498,628.70	IVA	PESOS	75,331,458.00
						TOTAL		**471,812,818.00**

TOMADOR/ASEGURADO:UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB INTEGRANTES CON LA SIGUIENTE PARTICIPACION:

FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - FOSCAL NIT 890.205.361-4 PART. 50%
CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S NIT 900.581.702-9 PART. 50%

ASEGURADO ADICIONAL:LA NACION - MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y/O FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT 830.053.105-3

BENEFICIARIO ADICIONAL: LA NACION - MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y/O FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT 830.053.105-3

LOS AMPAROS DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS OPERAN EN EXCESO DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL INDIVIDUAL CONTRATADA O NO, POR CADA CONTRATISTA Y SUBCONTRATISTA CON UN LIMITE MINIMO POR EVENTO DE $50.000.000 . ESTOS AMPAROS APLICAN SIEMPRE QUE EL ASEGURADO PRINCIPAL SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLE.

EL AMPARO DE VEHICULOS PROPIOS O NO PROPIOS OPERA EN EXCESO DE LA COBERTURA DE RESPONSABILDID CIVIL EXTRACONTRACTUAL DE POLIZA DE AUTOMOVIL(CONTRATADA O NO) CON LIMITES MINIMOS POR EVENTO DE $50.000.000/50.000.000/100.000.000.

LA PRESENTE POLIZA NO AMPARA LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL NI CONTRACTUAL.

DEDUCIBLES: 10% MINIMO 10 SMMLV POR TODO Y CADA RECLAMO POR AMPARO

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONOMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA ,RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-04-04 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002953906 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 004183 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

TOMADOR

SU-FO-10-01

(415)7709998911901(8020)1850005077

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

12. La pc
bería
13. Uso,
resta
nario
14. Incer
predi
15. Uso
Aseg
encu
exclu
sabili
adici
dos
dentr

Para las emp
de Bienes de

16. Los
de b
Aseg
(con
pios,
siem
pres
Este
los r
carál
misn
póliz
del
póliz
caus
tes
esta
a la
Se c
que
de F
las
hay
esta
17. Con
can
Terc

Para los cas
principal de
reposición

Descripció
Código del Clau
Código de Nota

SU-OD-04-04 - ABRI

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA

CERTIFICADO

CÓDIGO REFERENCIA PAGO

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA**

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	TEL
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	08274
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	TEL

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN
DESDE 09 02 2018	HASTA 09 02 2022		

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	40.00	158,592,544.00	13,206,999,451.48	PRIMA	PESOS	
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	35.00	138,768,476.00	11,556,124,520.04			
		ZURICH COLOMBIA SEGUROS	25.00	99,120,340.00	8,254,374,657.18	GAST. EXPED.	PESOS	
		TOTAL	100.00	396,481,360.00	33,017,498,628.70	IVA	PESOS	
						TOTAL		

TOMADOR/ASEGURADO:UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB INTEGRANTES CON LA SIGUIENTE PARTICIPACION:

FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - FOSCAL NIT 890.205.361-4 PART. 50%
CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S NIT 900.561.702-9 PART. 50%

ASEGURADO ADICIONAL:LA NACION - MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT 830.053.105-3

BENEFICIARIO ADICIONAL: LA NACION - MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES Y/O FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT 830.053.105-3

LOS AMPAROS DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS OPERAN EN EXCESO DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL INDIVIDUA NO, POR CADA CONTRATISTA Y SUBCONTRATISTA CON UN LIMITE MINIMO POR EVENTO DE $50.000.000 . ESTOS AMPAROS APLIC EL ASEGURADO PRINCIPAL SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLE.

EL AMPARO DE VEHICULOS PROPIOS O NO PROPIOS OPERA EN EXCESO DE LA COBERTURA DE RESPONSABILDID CIVIL EXTRAC POLIZA DE AUTOMOVIL(CONTRATADA O NO) CON LIMITES MINIMOS POR EVENTO DE $50.000.000/50.000.000/100.000.000.

LA PRESENTE POLIZA NO AMPARA LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL NI CONTRACTUAL.

DEDUCIBLES: 10% MINIMO 10 SMMLV POR TODO Y CADA RECLAMO POR AMPARO

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓ COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COME O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION; LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE L CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁG CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO S TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NE REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓ MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ C TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZ MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-04-04 ADJUNTA

RES. DIAN NO. 18762002953906 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 004183 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora CONFIA NIT. 860.070

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)1850005077

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

8. Perjuicios extrapatrimoniales que no deriven en un daño físico o material.
9. Daños punitivos o ejemplarizantes.
10. Contagio de una enfermedad padecida por el Asegurado o sus dependientes, así como los daños de cualquier naturaleza causados por enfermedades de animales pertenecientes al Asegurado, vendidos o suministrados por el mismo. Igualmente, quedan excluidos los daños genéticos causados a personas o animales.
11. La responsabilidad resultado del consumo, manipulación u operación con organismos genéticamente modificados (OGM), de un producto del Asegurado o de un producto compuesto parcialmente por un OGM.
12. Toda responsabilidad derivada directa o indirectamente de guerra, invasión, huelgas o motines, conmoción civil, perturbación del orden público, coacción, manifestaciones públicas o tumultos, decomiso o destrucción de bienes practicado por autoridades nacionales o regionales, disturbios políticos y sabotajes con explosivos, o actividades guerrilleras, actos mal intencionados de terceros (AMIT) y terrorismo o cualquier otro acto, circunstancia o estado de cosas afines o inherentes a las antedichas causas o derivadas de ellas. Para los efectos de esta exclusión, se entenderá por "Terrorismo" todo acto o amenaza de violencia o todo acto perjudicial para la vida humana, los bienes tangibles e intangibles o la infraestructura, que sea hecho con la intención o con el efecto de influenciar cualquier gobierno o atemorizar al público en todo o parte.
13. Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas, o como consecuencia de las mismas o a cuya existencia o creación hayan contribuido directa o indirectamente las susodichas causas, a saber:
    a.- La acción de la energía atómica.
    b. Radiaciones ionizantes, o contaminación por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustión de material nuclear.
    c. La radioactividad, toxicidad u otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares de los mismos.
14. Pérdida o daños sobre los bienes o pertenencias del Asegurado, su cónyuge, compañero permanente o sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, sus administradores o trabajadores a su servicio. La misma exclusión opera con respecto a los bienes o pertenencias de los socios del Asegurado, de los directores y representantes legales de la persona jurídica asegurada o de los trabajadores a su servicio, si ésta es una sociedad de personas o en comandita simple.
15. Daños materiales causados a los bienes objeto de los trabajos ejecutados o servicios prestados por el Asegurado, siempre que los daños provengan de dichos trabajos o servicios.
16. Reclamaciones derivadas de un siniestro que el Asegurado o persona encargada por él, haya ocasionado mediante el uso de una embarcación o una aeronave.
17. Responsabilidades de estibadores y operaciones en diques, muelles, desembarcaderos, y responsabilidad de astilleros.
18. Daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones marítimas o fluviales.
19. Operaciones de aeródromos, aeropuertos, puertos, helipuertos y las operaciones que el Asegurado realice en esa clase de instalaciones.
20. Daños causados a bienes o mercancías durante su transporte, cargue y descargue y al vehículo transportador, fuera de los predios Asegurados,
21. Daños causados por contaminación, polución o filtración paulatina; así como daños al medio ambiente y al ecosistema.
22. Daños por la acción paulatina (continua, intermitente y/o periódica), de factores ambientales presentes en las instalaciones del Asegurado, tales como temperatura, humedad, humo, filtraciones, mojadura, derramamiento, fugas, vibraciones, gases y vapores.
23. Daños causado por eventos de la naturaleza, tales como deslizamiento de tierras, fallas geológicas, asentamientos y/o hundimientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza, incluyendo terremoto, erupción volcánica, lahar
24. Cualquier costo o gasto que se derive o de alguna manera esté relacionado con alguna instrucción, demanda, orden o petición gubernamental solicitando que el Asegurado evalúe, vigile, limpie, remueva, contenga, trate, elimine o realice pruebas

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

para determinar presencia de tóxicos o neutralice cualquier irritante, contaminante o agente contaminante. La Compañía no tendrá la obligación de defender cualquier acción judicial, reclamación, demanda o cualquier otra acción que busque reponer o indemnizar dichos gastos o costos.

25. Daños derivados de la extracción, fabricación, manipulación y uso de asbesto, o sustancias que tengan en su composición dicha materia; así como cualesquier costo, gastos u obligaciones provenientes de, o a productos y/o materiales que contengan asbestos, ya sea que dicha presencia sea por exposición real, alegada o amenazante.
26. Cualquier costo, gastos u obligaciones provenientes de, o de cualquier forma relacionadas con la presencia de o exposición a sílice, o a productos y/o materiales que contengan sílice.
27. Cualquier costo, gastos u obligaciones provenientes de, o de cualquier forma relacionadas con la presencia de o exposición a moho, hongos, esporas, o cualesquier organismo similar. Esta exclusión no aplica a los hongos y bacterias inherentes a la composición de cualquier producto alimenticio.
28. Cualquier costo, gastos u obligaciones provenientes de, o de cualquier forma relacionadas con la presencia de o exposición a dioxinas, PCB's (bifeniles policrorados), plomo, látex, mtbe (eter metil tert-butilico), pfoa (ácido perfluoroctacnico) o cualquier sustancia similar.
29. Daños y/o reclamaciones por campos electromagnéticos.
30. Riesgos marítimos, P&I, riesgos portuarios, trabajos de dragados y subacuáticos.
31. Operación de plataformas y pozos de perforación a mar abierto.
32. Daños patrimoniales resultantes de las actividades y/o comercio electrónico del Asegurado relacionados con la world wide web, la transferencia electrónica de datos, las fallas de proveedores, internet, extranet, intranet y tecnologías similares, del uso de computadores, y/o de programas de computación, en esta última hipótesis particularmente aquellos utilizados y/o desarrollados por el Asegurado para proteger de acciones invasivas a sus sistemas de información.
33. Daños como resultado de la realización, organización, patrocinio o práctica de deportes con carácter profesional y/o de alto riesgo y/o extremos.
34. Por el uso no autorizado de patentes o marcas registradas pertenecientes a terceros.
35. Daños o reclamaciones por la violación de derechos de autor.
36. Daños o reclamaciones por la violación al secreto profesional.
37. Daños o reclamaciones por acoso, abuso y/o violencia moral sexual.
38. Daños o reclamaciones por acusaciones de calumnias, injurias y/o difamación.
39. Perjuicios causados por el incumplimiento de las obligaciones laborales a cargo del Asegurado.
40. Daños o reclamaciones por enfermedades profesionales, enfermedades industriales, endémicas o epidémicas de los trabajadores al servicio del Asegurado.
41. Las responsabilidades derivadas de cualquiera de los amparos adicionales y complementarios indicados en las Cláusulas Tercera y Cuarta respectivamente, de estas Condiciones Generales, cuando éstos no hayan sido contratados.
42. Daños o reclamaciones por exposiciones provenientes de, o relacionadas con Transacciones Prohibidas, Embargos y Sanciones Económicas. La Aseguradora no proveerá cobertura ni estará obligada a pagar ninguna pérdida, reclamación o beneficio en virtud de esta Póliza si la provisión de dicha cobertura, o el pago de dicha pérdida, reclamación o beneficio pudiere exponer a la Aseguradora a alguna sanción, prohibición o restricción conforme a las resoluciones de las Naciones Unidas o sanciones comerciales o económicas, leyes o normativas de cualquier jurisdicción aplicable a la Aseguradora.

Cláusula Tercera
Amparos Adicionales

Con sujeción a lo establecido en este clausulado, mediante acuerdo expreso, la presente póliza se extiende a cubrir los siguientes eventos descritos en cada uno de los anexos adicionales que forman parte integrante de este condicionado y que se enuncian a continuación, siempre y cuando hayan sido contratados y pagados, y que se encuentren señalados expresamente en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, ya que en caso contrario se considerarán exclusiones de la cobertura contratada, no solo la cobertura como tal, sino también las propias exclusiones particulares señaladas en cada amparo:

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

1. Responsabilidad Civil Patronal
2. Responsabilidad Civil de Contratistas y Subcontratistas Independientes.
3. Responsabilidad Civil Cruzada
4. Responsabilidad Civil por el uso de Vehículos Terrestres Propios y No Propios
5. Responsabilidad Civil Productos
6. Responsabilidad Civil Operaciones y Trabajos Terminados
7. Responsabilidad Civil Productos de Exportación
8. Responsabilidad Civil Productos por Unión y Mezcla de Productos del Asegurado
9. Responsabilidad Civil Productos por Transformación de Productos del Asegurado
10. Responsabilidad Civil por Contaminación, polución y filtración accidental, súbita e imprevista
11. Responsabilidad Civil por daños causados a Bienes bajo cuidado, tenencia y control del Asegurado.
12. Responsabilidad Civil Propietarios, arrendatarios y poseedores
13. Responsabilidad Civil por Uso y manejo de Parqueaderos
14. Responsabilidad Civil por Viajes de empleados del Asegurado en el extranjero
15. Responsabilidad Civil por Participación del Asegurado en ferias y exposiciones en el extranjero.
16. Responsabilidad Civil por Vibración, eliminación, asentamiento o debilitamiento de elementos portantes, causados a estructuras existentes y propiedades adyacentes.
17. Responsabilidad Civil por daños a cables, tuberías e instalaciones subterráneas
18. Responsabilidad Civil por el desarrollo de obras civiles, ensanches y montajes
19. Responsabilidad Civil derivada del Transporte de mercancía y elementos azarosos.

Cláusula Cuarta
Amparos Complementarios.

Con sujeción a lo establecido en este clausulado, mediante acuerdo expreso, la presente póliza se extiende a cubrir los siguientes amparos complementarios que se enuncian a continuación, siempre y cuando hayan sido contratados y se encuentren señalados expresamente en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, ya que en caso contrario se considerarán exclusiones de la cobertura contratada:

1. **Gastos Médicos de Urgencia:**
   Con base en el sublímite establecido en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, la Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado los gastos médicos de urgencia razonables que se causen dentro de los 15 días calendario subsiguientes a la fecha de ocurrencia del evento, por concepto de los necesarios servicios médicos, de ambulancia, de hospital, de enfermeras y medicamentos, como consecuencia de lesiones corporales producidas a terceros, en desarrollo de las actividades objeto de esta cobertura.
   La cobertura que se otorga, es adicional a la contenida en el amparo básico y por consiguiente los pagos que por dichos conceptos se realicen, en ningún caso pueden ser interpretados como aceptación tácita o expresa por parte de la Compañía de responsabilidad civil del Asegurado. A este anexo no se le aplicará ningún deducible.
2. **Amparo Automático Nuevos Predios:**
   Con base en el sublímite establecido en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, la Compañía ampara en forma automática, en los mismos términos y condiciones establecidos bajo este seguro, todo nuevo predio que el Asegurado adquiera, posea o use, durante la vigencia de esta póliza, siempre y cuando tenga dominio o control del mismo y se localice dentro de la República de Colombia, en el que se lleve a cabo labores u operaciones propias de las actividades objeto de este seguro.
   El Asegurado se obliga a notificar por escrito tal circunstancia a la Compañía dentro del mes siguiente a la fecha de la adquisición, o al inicio de la posesión o uso, y a pagar la prima adicional que corresponda. La falta de notificación dentro de período indicado generará la terminación de la cobertura desde el día siguiente al vencimiento del mes respectivo.
3. **Culpa grave:**
   Cubre la culpa grave del Asegurado en los términos del artículo 1127 del Código de Comercio, siempre y cuando se deba a una responsabilidad civil extracontractual cubierta bajo este contrato de seguro.

Cláusula Quinta
Definiciones

1. **Asegurado:** Tienen calidad de Asegurado:
   a. Cuando se trate de una persona natural, su cónyuge e hijos menores que habiten bajo el mismo techo.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

b. Cuando se trate de una persona jurídica, todos los funcionarios al servicio del Asegurado cuando se encuentren en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tales.

2. **Beneficiario:** Es el damnificado o víctima y sus causahabientes designados por la ley, según sea el caso. Es quien tiene derecho a la indemnización.
3. **Deducible:** Es la suma o porcentaje, indicado en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, a cargo del Asegurado y, en consecuencia, se descuenta del monto de cada indemnización.
4. **Daño Ecológico** Puro: Entiéndase como tal toda alteración que modifique negativamente los recursos naturales o ecológicos en general, que no pertenecen a un individuo o individuos en particular.
5. **Empleado:** Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta un servicio al asegurado, remunerado y bajo su dependencia y subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores a su cargo.
6. **Evento:** Es el hecho dañoso que genera el daño o la causa material del mismo. Un mismo evento puede generar uno o varios daños a una o varias personas o bienes.
7. **Tercero:** Es cualquier persona distinta del Asegurado y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil o cónyuge.
8. **Siniestro:** Es todo hecho que haya causado un daño material, lesión personal o muerte que pueda dar origen a una reclamación responsabilidad civil amparada por ésta póliza. Constituyen un solo siniestro el acontecimiento o serie de acontecimientos dañosos debidos a una misma causa con independencia del número de terceros afectados.

Cláusula Sexta
Límite Máximo de Responsabilidad.

La responsabilidad máxima de CONFIANZA S. A. por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, no podrá exceder los límites y/o sublímites de responsabilidad indicados en la carátula de la póliza o documento anexos a la misma, por amparo. En ningún caso constituye la sumatoria de los mismos.

Cuando en la póliza se establezca un sublímite de valor Asegurado por persona, daño material, siniestro, evento, agregado anual o similar, se entenderá que tal sublímite o sublímites serán el límite máximo de la indemnización, y que a su vez forman parte del límite asegurado principal, es decir, que no son en adición a éste.

En tales casos, CONFIANZA S. A. queda exonerada de atender otras reclamaciones y de su participación proporcional en los gastos hasta entonces incurridos, por agotamiento del límite máximo de responsabilidad.

Cláusula Séptima
Vigencia del Seguro

La vigencia de la póliza será el periodo de seguro estipulado en la carátula de la póliza y por lo tanto, CONFIANZA S.A. solo otorgará amparo para los siniestros ocurridos en el mismo período, a menos que se contrate la base de cobertura Claims Made.

Cláusula Octava
Territorialidad

Salvo convenio en contrario, que se indicará en la carátula de la póliza o documentos anexo a la misma, quedan amparados los siniestros ocurridos en territorio colombiano y cuyas consecuencias sean reclamadas en Colombia de acuerdo con la Ley Colombiana.

Cláusula Novena
Base de Cobertura.

Según se indique en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, la cobertura de esta póliza operará con las siguientes bases de cobertura:

Base Ocurrencia:
El Asegurado queda cubierto por todos los siniestros ocurridos durante el período de vigencia de la póliza.

Base Principio de la Reclamación (Claims Made Basis):
El Asegurado queda cubierto por las reclamaciones hechas por terceros, que se refieran a eventos que se deriven de acontecimientos dañosos ocurridos después de la fecha convencional, indicada en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, siempre que las reclamaciones se presenten, por primera vez y por escrito al Asegurado o a CONFIANZA; S. A., dentro de la vigencia de la póliza.

Cláusula Décima
Defensa del Asegurado.

Con sujeción al sublímite y/o deducible establecidos en la carátula de la póliza o documentos anexo a la misma, la Compañía está facultada respecto de los siniestros amparados bajo la presente póliza, para participar en la defensa

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

del Asegurado, y de acuerdo con las normas legales en su conducción, en la forma que considere más adecuada. Se encuentran cubiertos el valor de los honorarios, costas y gastos legales que se ocasionen con motivo de la defensa del Asegurado frente a una reclamación amparada bajo esta póliza, incluyendo el pago de las cauciones a que haya lugar para evitar los embargos y demás medidas cautelares decretadas judicialmente contra el Asegurado en los procesos judiciales promovidos en su contra. La Aseguradora no se obliga sin embargo a otorgar directamente tales cauciones.

Si las reclamaciones excedieran en su monto el límite máximo de responsabilidad, CONFIANZA S. A. sólo responderá por los gastos del proceso, si a él hubiere lugar, en la proporción que tenga el límite máximo de responsabilidad en el importe total de las reclamaciones, aun cuando se trate de varios procesos judiciales resultantes del mismo acontecimiento.

La defensa judicial del Asegurado en ningún caso podrá ser asumida por él mismo. Sin embargo, éste podrá designar, previa aprobación de la Aseguradora, a un abogado de su confianza, o bien la defensa judicial del Asegurado podrá ser asumida por el abogado que designe CONFIANZA S. A.

En el evento en que la defensa judicial del Asegurado sea asumida por el abogado que éste designe con la aprobación previa de CONFIANZA S. A., todos los honorarios y gastos que el proceso judicial o extrajudicial genere deberán ser previamente aprobados por escrito por CONFIANZA S. A.

Cuando la defensa judicial sea asumida por el abogado designado por CONFIANZA S. A., el Asegurado deberá comparecer personalmente cada vez que sea citado por CONFIANZA S. A. o por la autoridad competente, para rendir versiones o dar información sobre el caso y está obligado a proporcionar oportunamente todos los antecedentes, documentos, medios de prueba y poderes judiciales que sean necesarios para ejercerla. El Asegurado queda obligado a poner inmediatamente en conocimiento de CONFIANZA S. A. los avisos, citaciones, notificaciones, denuncias, querellas y, en general, cualquier comunicación que reciba relacionada con el proceso.

Por lo tanto, en caso de que cualquier actuación del Asegurado obstaculice o perjudique el ejercicio de esta facultad, la Compañía podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que dicha actuación le cause.

La Compañía solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados, previa aplicación del deducible pactado.

El pago de este amparo opera por reembolso.

Cláusula Décimo Primera
Obligaciones del Asegurado en caso de siniestro

En caso de ocurrencia de un siniestro, el Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

1. Tomar las debidas precauciones y cuidado para evitar más accidentes que puedan dar origen a reclamaciones adicionales de responsabilidad civil extracontractual. Igualmente, en caso de ocurrir un evento que comprometa su responsabilidad civil extracontractual, está obligado a aclarar las causas del acontecimiento y a colaborar con CONFIANZA S. A. para establecer la ocurrencia y/o procedencia de la reclamación y cuantía del siniestro.
2. Dar aviso a CONFIANZA S. A. sobre la ocurrencia del siniestro, dentro del término legal de tres (3) días, contados a partir de la fecha en que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro.
3. Informar a CONFIANZA S. A. dentro del término legal de quince (15) días, sobre toda reclamación, demandada o citación que le sea formulada en relación con hechos que tengan que ver en alguna forma con la cobertura otorgada mediante el presente seguro.
4. Solicitar a CONFIANZA S.A., autorización expresa y escrita, para incurrir en algún gasto, hacer pagos, celebrar arreglos o liquidaciones o transacciones con respecto a hechos que puedan originar una obligación para la Aseguradora de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza, salvo los gastos razonables y urgentes para evitar la extensión del siniestro.
5. Procurar a su costo, la entrega a CONFIANZA S. A., de todos los detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualquier informe que le sea requerido en relación con la reclamación; y facilitar la atención de cualquier demanda, debiendo asistir a las audiencias y juicios a que haya lugar, suministrando pruebas, consiguiendo la comparecencia de testigos y prestando toda la colaboración necesaria en el curso de cada proceso judicial.

Cuando el Asegurado no cumpla con estas obligaciones, CONFIANZA S.A. deducirá de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

Cláusula Décimo Segunda
Pago de Reclamaciones

En caso de ocurrencia de un siniestro, CONFIANZA S. A. estará legalmente obligada a pagar las indemnizaciones

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

correspondientes a los siniestros amparados bajo el presente seguro dentro del mes siguiente a partir de la presentación de la reclamación, siempre y cuando se cumpla con alguna o varias de las siguientes condiciones:

1. El Asegurado o el tercero afectado demuestre la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.
2. Se realice con previa aprobación de CONFIANZA S. A. un acuerdo transaccional o conciliatorio entre el Asegurado y el perjudicado o sus representantes, mediante el cual se establezcan las sumas definitivas que el Asegurado debe pagar al afectado o afectados, por concepto de toda indemnización.
3. CONFIANZA S. A. realice un convenio con el perjudicado o sus representantes, mediante el cual éste libere de toda responsabilidad al Asegurado, en cuyo caso pagará directamente al tercero o sus causahabientes en nombre del Asegurado.
4. Se profiera sentencia condenatoria en contra de la Aseguradora y ésta quede en firme.

Adicionalmente, la Aseguradora podrá exonerarse en cualquier momento de toda responsabilidad de un siniestro amparado bajo la presente póliza, mediante el pago al Asegurado o tercero damnificado de la suma estipulada como límite máximo de responsabilidad respecto de dicho siniestro, más los gastos adicionales que con arreglo a la Ley le corresponda asumir.

Cláusula Décimo Tercera
Reducción del Seguro por Pago de Siniestro.

Toda suma que CONFIANZA S. A. deba pagar como consecuencia de un siniestro reducirá, en igual cantidad, el valor asegurado o el límite máximo de responsabilidad, sin que haya lugar a devolución de prima.

Cláusula Décima Cuarta
Pérdida del Derecho al Pago de la Indemnización

CONFIANZA S. A. quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o el beneficiario perderán todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

1. Si en cualquier tiempo se emplean medios o documentos engañosos o dolosos por el Asegurado o beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio de los amparos que esta póliza otorga.
2. Por omisión maliciosa, por parte del Asegurado, de su obligación de declarar a CONFIANZA S.A. los seguros coexistentes, al dar la noticia del siniestro.
3. Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro, o porque de cualquier otra forma ponga a CONFIANZA S. A. en imposibilidad de subrogarse de sus acciones o derechos.

Cláusula Décima Quinta
Derechos sobre el Salvamento

Si como resultado de un siniestro indemnizable, hubiere bienes e intereses salvados o recuperados, los mismos quedarán bajo propiedad de la Aseguradora.
El Asegurado participará proporcionalmente de la venta del salvamento neto, teniendo en cuenta el deducible y el infraseguro, si a estos hubiese lugar.
Se entiende por salvamento neto el valor resultante de descontar del valor de venta del mismo, los gastos realizados por la Compañía para la recuperación y comercialización de dicho salvamento.

Cláusula Décima Sexta
Inspección y Auditoría

CONFIANZA S. A. está facultada durante el tiempo de vigencia de la póliza y por un año más, contado a partir de su vencimiento definitivo, para inspeccionar las propiedades y operaciones del Asegurado. Así mismo, podrá examinar los libros y registros con el fin de efectuar comprobaciones acerca del riesgo.

Cláusula Décima Séptima
Declaración del Estado del Riesgo

El Asegurado está obligado a declarar honestamente todos los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Aseguradora. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la Aseguradora, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa de este seguro.
Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Asegurado ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Asegurado, el contrato no será nulo, pero la Aseguradora sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si la Aseguradora, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Cláusula Décima Octava
Mantenimiento del Estado del Riesgo y Notificación de Cambios

El Asegurado está obligado a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, deberá notificar por escrito a la Compañía los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.
La notificación se hará con antelación no menor de diez días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Asegurado. Si le es extraña, dentro de los diez días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta días desde el momento de la modificación.
Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el párrafo anterior, la Aseguradora podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo la mala fe del Asegurado dará derecho a la Aseguradora a retener la prima no devengada.
Esta sanción no será aplicable cuando la Aseguradora haya conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

Cláusula Décima Novena
Pago de la Prima

El Asegurado está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la Aseguradora para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Cláusula Vigésima
Condiciones Especiales y Modificaciones.

Las condiciones especiales del seguro que se estipulen en cada caso particular o que se adhieran a la presente póliza en su carátula o en documento adjunto reconocido por el Asegurado, primarán en caso de oposición sobre estas condiciones generales.

Cláusula Vigésima Primera
Coexistencia de Seguros

El Asegurado debe informar por escrito a la Compañía los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días contados a partir de su celebración.
La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato.
En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

Cláusula Vigésima Segunda
Subrogación

En virtud del pago de la indemnización, CONFIANZA S.A. se subroga hasta la concurrencia de su importe, en todos los derechos del Asegurado contra terceros responsables del siniestro, no Asegurados bajo la presente póliza.
En ningún momento, el Asegurado podrá renunciar a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento a esta obligación acarreará la pérdida del derecho a la indemnización.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

El Asegurado, a petición de CONFIANZA S. A., deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación, y será responsable de los perjuicios que acarreé a CONFIANZA S. A. por el incumplimiento de esta obligación. La mala fe del Asegurado, causará la pérdida del derecho a la indemnización.

Cláusula Vigésima Tercera
Revocación del Seguro

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por CONFIANZA S. A., mediante noticia escrita enviada al Asegurado a su última dirección conocida, con no menos de treinta (30) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; y por el Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a CONFIANZA S. A.
En caso de revocación por parte de CONFIANZA S. A., ésta devolverá al Asegurado la parte de la prima no devengada, o sea la que corresponda al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro.
En caso de que sea revocado por el Asegurado, la devolución de prima se calculará a prorrata sobre la vigencia efectiva del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la prima anual.

Cláusula Vigésima Cuarta
Prescripción

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria y extraordinaria.
La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.
La extraordinaria será de cinco (5) años; correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.
Respecto a la víctima, la prescripción correrá a partir de la fecha de ocurrencia del hecho externo imputable al Asegurado. Frente al Asegurado, ello ocurrirá desde cuando la víctima le formule la petición judicial o extrajudicial.

Cláusula Vigésimo Quinta
Disposiciones Legales

La presente póliza es ley entre la partes. En las materias y puntos no previstos en este contrato de seguro tendrán aplicación las disposiciones contenidas en las leyes de la República de Colombia.

Cláusula Vigésimo Sexta
Domicilio.

Sin perjuicio de las disposiciones precedentes para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá en la República de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES.

1. Anexo de Responsabilidad Civil Patronal

1.1 Cobertura

Por medio del presente anexo y con sujeción al sublímite y deducible establecidos en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, se cubren los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que debiera pagar el Asegurado en virtud de la responsabilidad civil que le sea imputable legalmente por los accidentes de trabajo que afecten a los trabajadores a su servicio, o al servicio de sus contratistas y subcontratistas en el desarrollo de las actividades a ellos asignadas, incluyendo accidentes que sufran durante los traslados de y hacia su lugar de trabajo, y que ocasionen su muerte o invalidez total o parcial.

La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones previstas por las disposiciones laborales, el sistema obligatorio de seguridad social y cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados, o a su favor, vigente en el momento de presentarse el evento que produjo los perjuicios.

1.2 Definiciones

1.2.1. Accidente de trabajo: se entiende por accidente de trabajo, todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produzcan la muerte, una lesión orgánica o perturbación funcional

1.2.2. Trabajador: se entiende por trabajador toda persona que mediante contrato de trabajo preste al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo sus continuadas dependencia y subordinación. Igualmente se incluyen a los empleados de sus contratistas y/o

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

subcontratistas, así como los contratistas y subcontratistas que sean contratados por intermedio de cooperativas y/o empresas de servicios temporales cuando el Asegurado sea responsable solidario de los mismos.

1.2.3. **Enfermedad profesional:** se entiende por enfermedad profesional, todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeñe el trabajador o del medio en el que trabaja, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos.

1.2.4. **Enfermedad endémica.** Enfermedad infecciosa que reina habitualmente en una región o país.

1.3 Exclusiones

En adición a lo estipulado en las exclusiones generales señaladas en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales, quedan excluidas de la cobertura del presente anexo las reclamaciones:

1.3.1. Relacionadas con enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.

1.3.2. Por accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del trabajador.

1.3.3. Por los daños resultantes de dolo o culpa grave del Asegurado, socios directivos o administradores.

1.3.4 Daños sufridos por los empleados del Asegurado en el extranjero, salvo que se haya pactado lo contrario, pagado la prima adicional correspondiente y se indique en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma.

1.4 Garantías

El Asegurado se obliga a afiliar a todos sus trabajadores al sistema de seguridad social, especialmente a ARL.

2. Anexo de Responsabilidad Civil de Contratistas y Subcontratistas Independientes

2.1 Cobertura

Por medio del presente anexo y con sujeción al sublímite y deducible establecidos en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, se cubre la responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por perjuicios patrimoniales ocasionados a terceros, que le sean imputables a consecuencia de labores realizadas en predios del Asegurado por contratistas y subcontratistas independientes a su servicio, para el desarrollo del contrato señalado en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma.

La presente cobertura opera en exceso de la póliza de responsabilidad civil individual que haya o no adquirido el contratista y/o subcontratista, y aplica siempre que sean solidariamente responsables con el objeto del contrato señalado en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma.

2.2 Definiciones

Por contratista y subcontratista se entenderá: toda persona natural o jurídica que realice labores del o para el Asegurado, en virtud de contratos y convenios de carácter estrictamente comercial; así como los contratados por intermedio de cooperativas y/o empresas de servicios temporales cuando el Asegurado sea responsable solidario.

2.3 Exclusiones

En adición a lo estipulado en las exclusiones generales señaladas en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales, se excluirá la responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por lesiones a empleados del Asegurado como también los daños a propiedades del Asegurado resultantes de:

2.3.1. Trabajos de mantenimiento o reparación de los predios, maquinaria o equipo del Asegurado.

2.3.2. Trabajos de ampliación o modificación en los edificios o estructuras del local y predios del Asegurado.

2.3.3. Reclamaciones provenientes de daños y perjuicios ocasionados por los contratistas y subcontratistas independientes entre sí. Estos eventos podrán ser cubiertos por el anexo de responsabilidad civil cruzada.

3. Anexo de Responsabilidad Civil Cruzada

3.1 Cobertura:

Por medio del presente anexo, y con sujeción al sublímite y deducible establecidos en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, se cubrirán los perjuicios patrimoniales provenientes del daño emergente ocasionados por los contratistas y/o subcontratistas independientes entre sí; o bien, por la personas que aparecen conjuntamente nombradas como Asegurados en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, como si a cada uno de ellos se hubiera extendido una póliza independiente, mientras realicen operaciones en los predios del asegurado o se encuentre realizando labores para él.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por perjuicios patrimoniales causados a terceros, como consecuencia directa de daños por labores realizadas por sus empleados durante los viajes que realicen fuera del territorio de la República de Colombia, en desarrollo de las actividades objeto de este seguro, indicadas en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma.

14.2 Exclusiones

En adición a lo estipulado en las exclusiones generales señaladas en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales, quedan excluidas de la cobertura del presente anexo las reclamaciones por:

14.2.1 Las actividades personales privadas y familiares.

15. Anexo Responsabilidad Civil por Participación del Asegurado en ferias y exposiciones en el Extranjero

15.1 Cobertura

Por medio del presente anexo y con sujeción al sublímite y deducible establecidos en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, se cubre la responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por perjuicios patrimoniales causados a terceros, como consecuencia directa de daños por labores u operaciones que lleve a cabo durante la participación en ferias y exposiciones que se realicen fuera del territorio de la República de Colombia, en desarrollo de las actividades objeto de este seguro, indicadas en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma.

15.2 Exclusiones

En adición a lo estipulado en las exclusiones generales señaladas en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales, quedan excluidas de la cobertura del presente anexo las reclamaciones por:

15.2.1 Las actividades personales privadas y familiares.

16. Anexo Responsabilidad Civil por Vibración, eliminación, asentamiento o debilitamiento de elementos portantes, causados a estructuras existentes y propiedades adyacentes.

16.1 Cobertura

Por medio del presente anexo y con sujeción al sublímite y deducible establecidos en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, se cubre la responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por perjuicios patrimoniales causados a terceros, como consecuencia directa de daños a causa de vibración, eliminación, asentamiento o debilitamiento de elementos portantes, causados a la propiedad adyacente al sitio de construcción o montaje que pertenezca o se encuentre a cargo, custodia o control del Asegurado o de los contratistas Asegurados, en desarrollo de las actividades objeto de este seguro, indicadas en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, siempre y cuando la pérdida o el daño sea causado por debilitamiento de cimientos o bases, asentamientos, vibración del suelo o percusiones a consecuencia de trabajos de pilotaje o apuntalamiento o cimentación o variación del nivel de aguas subterráneas, por trabajos de excavación o fenómenos de socavación imputables al Asegurado, que se manifiesten durante la vigencia de esta póliza.

En caso de responsabilidad por pérdidas o daños en propiedad, terrenos o edificios, la Aseguradora indemnizará tales daños o pérdidas solo cuando tengan por consecuencia la inestabilidad de las propiedades de terceros o afecten los elementos soportantes o el subsuelo de propiedades de terceros. No serán objeto de cobertura los daños, grietas o fisuras que no cumplan con las anteriores características.

16.2 Garantías

El Asegurado se compromete a:

16.2.1 Tomar las medidas de seguridad necesarias para evitar daños o pérdidas de la propiedad, terreno o edificio adyacente.

16.2.2 Con antelación al inicio de la ejecución de las obras civiles y/o trabajos de excavación, levantar por su propia cuenta un inventario y/o actas de vecindad sobre el estado que se encuentren la propiedad, los terrenos o los edificios que pudieran estar en riesgo de derrumbe, hundimiento o en situación insegura, que se buscan cubrir con el presente anexo, cuya copia deberá ser entregada a CONFIANZA S.A. junto con el aviso de siniestro.

16.3 Exclusiones

En adición a lo estipulado en las exclusiones generales señaladas en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales, quedan excluidas de la cobertura del presente anexo las reclamaciones por:

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

16.3.1 Daños de menor importancia que no perjudican la estabilidad de la propiedad adyacente (terrenos y/o edificios), ni que tampoco constituyan un peligro para los usuarios

16.3.2 Costos y gastos en concepto de prevención o aminoración de daños que hubiera que realizar durante el transcurso del período de construcción

16.3.3 Daños a la maquinaria de construcción y/o montaje, ni al equipo de construcción y/o montaje utilizado en la obra.

17. Anexo Responsabilidad Civil por Daños a cables, tuberías e instalaciones subterráneas

17.1 Cobertura

Por medio del presente anexo y con sujeción al sublímite y deducible establecidos en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, se cubre el daño emergente causado por el Asegurado con ocasión de la afectación o daño a cables, tuberías, o cualquier otra instalación subterránea, ubicadas en el sitio de construcción o montaje. La indemnización, en todo caso, quedará restringida a los costos de reparación de dichos cables, tuberías o instalaciones subterráneas.

17.2 Garantía

Antes de iniciar los trabajos el Asegurado se obliga a verificar y/o cerciorarse ante las autoridades correspondientes, acerca de la posición exacta de dichos cables, tuberías o instalaciones subterráneas.

18. Anexo Responsabilidad Civil por el desarrollo de Obras Civiles, ensanches y montajes.

18.1 Cobertura

Por medio del presente anexo y con sujeción al sublímite y deducible establecidos en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma, se cubre la responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por perjuicios patrimoniales causados por montajes y desmontajes, demoliciones, construcciones, ampliaciones, reparaciones y modificaciones de obras civiles menores, llevadas a cabo en las ubicaciones del Asegurado.

Lo anterior, siempre y cuando el valor total del proyecto no exceda de la cantidad establecida en la carátula de la póliza o documentos anexos a la misma.

19. Anexo Responsabilidad Civil derivada del Transporte de Mercancía y Elementos azarosos.

19.1 Cobertura

Se cubre la responsabilidad del Asegurado por los perjuicios patrimoniales causados a terceros por el transporte, almacenaje, distribución, cargue y descargue de combustibles gas y sus derivados y/o cualquier mercancía peligrosa o azarosa por carretera, siempre que no sea su actividad principal y en exceso de los decretos obligatorios de estas actividades.

La cobertura otorgada se extiende a cubrir el costo de remover, neutralizar o limpiar las sustancias filtradas, polucionantes o contaminantes, siempre y cuando dicha filtración, polución o contaminación sea causada por un suceso súbito, accidental, no intencional e inesperado.

19.2 Garantía

El Asegurado se obliga a entregar a la Aseguradora, la relación de los vehículos objeto de este amparo.

19.3 Exclusiones

En adición a lo estipulado en las exclusiones generales señaladas en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales, quedan excluidas de la cobertura del presente anexo las reclamaciones por:

19.3.1 Se excluye el daño ecológico puro: Entiéndase como tal toda alteración que modifique negativamente el medio ambiente, sus recursos, el equilibrio de los ecosistemas, los bienes o valores colectivos.

CONDICIONES PARTICULARES

Arbitramento.

En caso de diferencias, discrepancias o conflictos generados entre las partes con ocasión de la celebración, interpretación, ejecución, modificación, terminación o liquidación del presente contrato, se intentará solucionarlas en forma directa, rápida y amigablemente.

De no lograrse un acuerdo dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de la primera comunicación escrita que una parte haya remitido a la otra sobre la diferencia, discrepancia o conflicto, cualquiera de las partes podrá solicitar que las diferencias, discrepancias o conflictos en cuestión se sometan a la decisión de un Tribunal de Arbitramento integrado por tres árbitros.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

Los miembros del Tribunal serán escogidos de común acuerdo entre las partes. A falta de acuerdo, los integrantes del Tribunal serán designados por la Cámara de Comercio de Bogotá, por sorteo según el reglamento interno existente al efecto, de una lista de seis candidatos que las partes elaborarán ya sea de común acuerdo o aportando tres candidatos cada una.

En todo caso, el nombramiento de los árbitros por las partes o la elaboración de la lista para ser presentada a la Cámara de Comercio de Bogotá, deberá hacerse dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en la cual se celebre la audiencia de conciliación pre arbitral obligatoria. Si una de las partes no presenta los nombres para conformar la lista que debe ser remitida ante la Cámara, ésta hará la elección de la lista presentada por la otra parte y en caso de que ninguna de ellas presente la lista dentro del término aquí estipulado, la Cámara los elegirá según las normas legales vigentes y su Reglamento interno.

Los árbitros seleccionarán al secretario. El Tribunal de Arbitramento será institucional y se sujetará a la Ley Colombiana en la materia y al Reglamento y tarifas del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Bogotá, y decidirá dentro de un plazo máximo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de su instalación.

Los Honorarios de los árbitros y gastos del Tribunal de Arbitramento, serán asumidos por las partes por mitades. La parte cuyas pretensiones hubiesen sido desestimadas por el Tribunal de Arbitramento, asumirá la condena en costas y agencias en derecho que imponga el Tribunal en el laudo. El arbitraje podrá ser realizado en Bogotá o en la ciudad de domicilio del ASEGURADO, si éste no fuere Bogotá.

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.
CONFIANZA
NIT.860.070.374-9

FIRMA AUTORIZADA

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A
CONFIANZA

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Código del Clausulado	10 dígitos 18/04/2016	13-08	P	06	SU-OD-04-04
Código de Nota Técnica	10 dígitos 14/12/2011	13-08	NT-P	06	NTRCE2011

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 18 RC001187

CERTIFICADO 18 RC001994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1838001994

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 13 MM 02 AAAA 2018

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	**TEL.** 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS	
	DD MM AAAA		ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	09 02 2018	HASTA 09 02 2019			4,000,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	PRIMA	PESOS	471,585,751.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00			
		TOTAL	100.00	471,585,751.00	4,000,000,000.00	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	89,601,293.00
						TOTAL		**561,187,044.00**

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
Responsabilidad Civil Profesional Clínicas,	09-02-2018	09-02-2019	0.00	4,000,000,000.00	471,585,751.00	10.00	20,000,000.00
Predios, Labores y Operaciones - Vigencia	09-02-2018	09-02-2019	0.00	4,000,000,000.00	0.00	10.00	20,000,000.00
Predios, Labores y Operaciones - Evento	09-02-2018	09-02-2019	0.00	4,000,000,000.00	0.00	10.00	20,000,000.00
Lucro Cesante - Vigencia	09-02-2018	09-02-2019	0.00	800,000,000.00	0.00	10.00	5,000,000.00
Lucro Cesante - Evento	09-02-2018	09-02-2019	0.00	800,000,000.00	0.00	10.00	5,000,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia	09-02-2018	09-02-2019	0.00	800,000,000.00	0.00	10.00	5,000,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Evento	09-02-2018	09-02-2019	0.00	800,000,000.00	0.00	10.00	5,000,000.00

OBJETO DE LA POLIZA:
INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE EN VIRTUD DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO, DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD COMO INSTITUCION PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12078-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRAND COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

ASEGURADO:UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB

ASEGURADOS ADICIONALES:
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER NIT 890.205.361-4 PART. 50%
CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S NIT 900.581.702-9 PART. 50%

ASEGURADO ADICIONAL LA NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO - FIDUCIARIA LA PREVISORA CON NIT 830.053.105-3.

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002954556 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DE SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001871 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT.860.070.374-9

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)1838001994

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 18 RC001187

CERTIFICADO 18 RC001994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1838001994

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 13 MM 02 AAAA 2018

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	**TEL.** 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 09 02 2018	HASTA 09 02 2019			4,000,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	PRIMA	PESOS	471,585,751.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00			
		TOTAL	100.00	471,585,751.00	4,000,000,000.00	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	89,601,293.00
						TOTAL		561,187,044.00

DIRECCION DEL RIESGO: La presente cobertura aplica respecto de los establecimientos de Sanidad propios y en convenio ubicados en los departamentos de Norte de Santander, Santander, Arauca y Cesar, y que sean empleados en la ejecución del contrato asegurado.

VIGENCIA: Anual, de acuerdo a la fecha de inicio de cobertura.

MODALIDAD DE COBERTURA: CLAIMS MADE APLICABLE EXCLUSIVAMENTE A LA RC PROFESIONAL CON FECHA DE INICIO DE COBERTURA EL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

LÍMITE ASEGURADO: COP $4,000,000,000 POR EVENTO Y EN EL AGREGADO ANUAL (OPERA EN EXCESO DE LA PÓLIZA PRIMARIA CONTRATADA POR EL TOMADOR, TANTO DE LAS CLÍNICAS COMO DE LAS IPS'S Y A SU VEZ EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES DE DICHAS PÓLIZAS).

COBERTURA DE SEGURO OTORGADA A: UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB

RESPONSABILIDAD DE COBERTURA POR LA EXISTENCIA DE SEGUROS PRIMARIOS QUE CUBREN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL:
En caso de siniestro la presente póliza opera en exceso de la cobertura individual que debe tener contratada y vigente la IPS, involucrada en la prestación del servicio que origine el hecho dañoso, la presente póliza operará en exceso de la póliza de responsabilidad Civil Profesional Clínica contratada por la IPS y nunca inferior a $500.000.000, valor que operará como deducible adicional.

En tal sentido la suma asegurada determinada en la presente póliza iniciará su cómputo una vez se agote el límite asegurado enunciado en el párrafo anterior y no será aplicable la figura de la coexistencia de seguros, conforme al artículo 1094 del Código de Comercio.

COBERTURAS: BASICO

AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRACONTRACTUAL EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE DAÑOS PERSONALES RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD DE UNA CLÍNICA, SI EL SERVICIO PRESTADO FUE DURANTE LA MISMA VIGENCIA Y DENTRO DE LOS PREDIOS DONDE SE PRESTE EL SERVICIO.

ALCANCE DE COBERTURA:
AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE DAÑOS PERSONALES RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD DE UNA CLÍNICA DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO; Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

RES. DIAN NO. 18762002954556 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001871 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)1838001994

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 18 RC001187

CERTIFICADO 18 RC001994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1838001994

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 13 MM 02 AAAA 2018

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	**TEL.** 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 09 02 2018	HASTA 09 02 2019			4,000,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	PRIMA	PESOS	471,585,751.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
		TOTAL	100.00	471,585,751.00	4,000,000,000.00	IVA	PESOS	89,601,293.00
						TOTAL		**561,187,044.00**

ESTE AMPARO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE:
1. LA SOLIDARIDAD DEL ASEGURADO POR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE EN LOS ACTOS U OMISIONES PROFESIONALES COMETIDOS POR EL PERSONAL BAJO RELACIÓN LABORAL, EN EL EJERCICIO DE SUS RESPECTIVAS FUNCIONES RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, SIN QUE LA MISMA IMPLIQUE COBERTURA PRIMARIA INDIVIDUAL PARA LOS PROFESIONALES MÉDICOS.
2. ESTA COBERTURA COMPRENDE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESIÓN Y USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES TERAPÉUTICOS O DE DIAGNÓSTICO ASÍ COMO TAMBIÉN APARATOS DE RAYOS X, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.
3. GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA REALIZADOS EN EJERCICIO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER HUMANITARIO.

EN VIRTUD DE LA ESENCIA DE LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA SE LEVANTAN LAS EXCLUSIONES 1 Y 2 DE LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL CLAUSULADO GENERAL ADJUNTO".

LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA LA CULPA GRAVE EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1127 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SIEMPRE Y CUANDO SE DEBA A UNA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL CUBIERTA BAJO ESTE CONTRATO DE SEGURO.

"RESPONSABILIDAD PROFESIONAL POR GESTIÓN INADECUADA DEL ASEGURADO DURANTE LOS PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN, PREVENCIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD DE USUARIOS DEL MAGISTERIO, SIEMPRE Y CUANDO QUEDE DEMOSTRADO JUDICIALMENTE QUE EL ACTO MÉDICO NOCIVO GENERADOR DEL PERJUICIO A INDEMNIZAR, O EL ACTO ADMINISTRATIVO PREVIO Y RELACIONADO A LA ATENCIÓN MÉDICA, FUE PRESTADA INDEBIDAMENTE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA FALLA EN LA GESTIÓN DEL ASEGURADO SIN QUE ESTO SIGNIFIQUE QUE LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDA A CUBRIR LAS MULTAS, SANCIONES O CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

LA EXTENSIÓN DE COBERTURA SE REALIZA SOBRE RECLAMACIONES SOLO DE PARTE DE TERCEROS EN CALIDAD DE PACIENTES Y/O VÍCTIMAS FUNDADAS EXCLUSIVAMENTE EN ACTOS PROFESIONALES INCORRECTOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD"

PARA LA EXTENSIÓN DE COBERTURA ADMINISTRATIVA DERIVADA DEL PROCESO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE AMPARA EL DAÑO EMERGENTE AL 100% MÁS EL LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES. ESTOS ÚLTIMOS SUBLIMITADOS AL 20% POR EVENTO /VIGENCIA (PARA LOS 2 AMPAROS).

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES, O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE/EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O., II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-DD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002954556 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001871 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT.860.070.374-9

TOMADOR

SU-FO-10-01

(415)7709998911901(8020)1838001994

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT.860.070.374-9

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 18 RC001187
CERTIFICADO 18 RC001994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1838001994

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 13 MM 02 AAAA 2018

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	**TEL.** 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 09 02 2018	HASTA 09 02 2019			4,000,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	PRIMA	PESOS	471,585,751.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00			
		TOTAL	100.00	471,585,751.00	4,000,000,000.00	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	89,601,293.00
						TOTAL		**561,187,044.00**

PREDIOS LABORES Y OPERACIONES - PLO (OPERA EN EXCEXO DE LA COBERTURTA BASICA DE LA POLIZA DE RESPONSABILDIAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO)

QUEDA CUBIERTA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE SE VEA INVOLUCRADO POR EL USO DE SUS INSTALACIONES: PREDIOS, CAMAS, APARATOS MÉDICOS, ASCENSORES ETC., DE ACUERDO A LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL CLAUSULADO GENERAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN SU FORMA SU-OD-04-04- ABRIL - 2016, EL CUAL TAMBIÉN HACE PARTE INTEGRAL DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN CUANTO A LOS AMPAROS NOMBRADOS/CUBIERTOS POR ÉSTA.

SE DEJA CONSTANCIA QUE ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.

AMPARO: GASTOS DE DEFENSA
INCLUYE LOS HONORARIOS, COSTAS Y EXPENSAS, RAZONABLES Y NECESARIOS EN LOS QUE CON EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA ASEGURADORA, SE INCURRA EN LA NEGOCIACIÓN DE ACUERDOS O DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN DEL DAMNIFICADO/ VÍCTIMA, FUERE ÉSTA FUNDADA O INFUNDADA, EXCEPTO CUANDO ESTE AFRONTE EL JUICIO CONTRA ORDEN EX-PRESA DE LA COMPAÑÍA.

ALCANCE DE ACUERDO A LA CLÁUSULA DÉCIMA DEL CLAUSULADO FORMA SU-OD-04-04 ABRIL 2016.

Límite Asegurado:Evento/ /Vigencia: 20% del valor asegurado en la cobertura básica PLO

Amparo: LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES
Límite Asegurado:
a. Evento/ /Vigencia: 20% del valor asegurado en la cobertura básica PLO

NOTA: SE DEJA CONSTANCIA QUE SE OTORGA EL AMPARO DE DAÑO MORAL EN EL ENTENDIDO QUE SOLO PROCEDE SI EXISTE UN DAÑO FISICO.

POR MEDIO DE LA PRESENTE CLÁUSULA SE DEJA CONSTANCIA QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE ASEGURADO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE SUFRA EL ASEGURADO, POR LAS INDEMNIZACIONES QUE SEA CONDENADO A PAGAR CONTENIDAS EN UNA SENTENCIA JUDICIAL PROFERIDA POR UN JUEZ DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O EN LAUDO BAJO UN PROCESO ARBITRAL, PREVIAMENTE CONSULTADO CON LA ASEGURADORA Y QUE CORRESPONDAN A LOS CONCEPTOS DE LUCRO CESANTE Y DAÑO MORAL OCASIONADOS A BIENES O

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA, TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002954556 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001871 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)1838001994

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 18 RC001187
CERTIFICADO 18 RC001994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1838001994

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 13 MM 02 AAAA 2018

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:** 901153056	7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	
E-MAIL:		**TELÉFONO:** 6850087	
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:** 901153056	7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA **TEL.** 6850087	
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:** 082740	
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0 **TEL.** 0	

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 09 02 2018	HASTA 09 02 2019			4,000,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	PRIMA	PESOS	471,585,751.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00			
		TOTAL	100.00	471,585,751.00	4,000,000,000.00	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	89,601,293.00
						TOTAL		**561,187,044.00**

PERSONAS COMO CONSECUENCIA DE ACONTECIMIENTOS CUBIERTOS EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA IGUALMENTE, RESPONDERÁ HASTA DICHO LIMITE Y POR LOS MISMOS CONCEPTOS EN LOS ACUERDOS DE CONCILIACIÓN QUE REALICE EL ASEGURADO, CON LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ASEGURADORA.

EN CASO DE RECLAMACION DIRECTA DEL TERCERO AFECTADO A LA ASEGURADORA, ÉSTA RESPONDERÁ POR EL LUCRO CESANTE Y DAÑO MORAL DEBIDAMENTE PROBADO POR ÉSTE, CAUSADOS A SUS BIENES O DERIVADOS DE LA MUERTE O LESIONES CORPORALES, A CONSECUENCIA DE ACONTECIMIENTOS POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE EL ASEGURADO, GENERADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA

RESPONSABILIDAD DE COBERTURA POR LA EXISTENCIA DE SEGUROS PRIMARIOS QUE CUBREN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL:

EN CASO DE SINIESTRO LA PRESENTE PÓLIZA OPERA EN EXCESO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL QUE DEBE TENER CONTRATADA Y VIGENTE LA IPS, INVOLUCRADA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO QUE ORIGINE EL HECHO DAÑOSO. LA PRESENTE PÓLIZA OPERARÁ EN EXCESO DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICA CONTRATADA POR LA IPS , NUNCA INFERIOR A $500.000.000, VALOR QUE OPERARÁ COMO DEDUCIBLE ADICIONAL.

EN TAL SENTIDO LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA EN LA PRESENTE PÓLIZA INICIARÁ SU CÓMPUTO UNA VEZ SE AGOTE EL LÍMITE ASEGURADO ENUNCIADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR Y NO SERÁ APLICABLE LA FIGURA DE LA COEXISTENCIA DE SEGUROS, CONFORME AL ARTÍCULO 1094 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

CLAUSULAS ADICIONALES:
1. SE DEJA CONSTANCIA QUE LA COBERTURA OTORGADA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SE ENCUENTRA DENTRO DEL AMPARO PLO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.

2. SE DEJA CONSTANCIA QUE PARA LA PRIMERA ANUALIDAD SE CUBREN LOS EVENTOS O HECHOS OCURRIDOS Y REPORTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

3. NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD SOLIDARIA RESPECTO DEL TRANSPORTE EN AMBULANCIA O EN LOS SERVICIOS DE TRASLADO DE PACIENTES.

4. AVISO DEL SINIESTRO

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACION O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA; DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA. SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE:-I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS; CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA

RES. DIAN NO. 18762002954556 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001871 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

TOMADOR

SU-FO-10-01

(415)7709998911901(8020)1838001994

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 18 RC001187

CERTIFICADO 18 RC001994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1838001994

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD MM AAAA 13 02 2018

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA TEL. 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:**	0 TEL. 0

VIGENCIA

DD MM AAAA		DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 09 02 2018	HASTA	09 02 2019			4,000,000,000.00

VALOR ASEGURADO EN PESOS

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	PRIMA	PESOS	471,585,751.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00			
		TOTAL	100.00	471,585,751.00	4,000,000,000.00	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	89,601,293.00
						TOTAL		**561,187,044.00**

EL ASEGURADO DEBERÁ DAR AVISO A CONFIANZA S.A. SOBRE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DEL TÉRMINO LEGAL DE TRES (3) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SU REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO ASISTE A LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN PRE-JUDICIAL O CUANDO RECIBA LA NOTIFICACIÓN JUDICIAL RESPECTIVA.

***EN CASO DE IMPOSIBILIDAD (ARGUMENTADA) DE CUMPLIR CON EL TÉRMINO LEGAL, SE EXTENDERÁ A DIEZ (10) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE TODA RECLAMACIÓN, DEMANDADA O CITACIÓN QUE LE SEA FORMULADA EN RELACIÓN CON HECHOS QUE TENGAN QUE VER EN ALGUNA FORMA CON LA COBERTURA, SIEMPRE QUE DICHO TÉRMINO NO EXCEDA EL PLAZO PARA COMPARECER Y/O PRONUNCIARSE Y SEA EL TIEMPO PRUDENCIAL PARA QUE LA COMPAÑÍA SE PRONUNCIE SI ES EL CASO.**

CUANDO EL ASEGURADO NO CUMPLA CON ÉSTAS OBLIGACIONES, CONFIANZA S.A., DEDUCIRÁ DE LA INDEMNIZACIÓN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

DOCUMENTOS VARIOS: EL ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO A PROCURAR A SU COSTO, LA ENTREGA A CONFIANZA S. A., DE TODOS LOS DETALLES, LIBROS, FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS Y CUALQUIER INFORME QUE LE SEA REQUERIDO EN RELACIÓN CON LA RECLAMACIÓN; COMO TAMBIÉN A FACILITAR LA ATENCIÓN DE CUALQUIER DEMANDA, DEBIENDO ASISTIR A LAS AUDIENCIAS Y JUICIOS A QUE HAYA LUGAR, SUMINISTRANDO PRUEBAS, CONSIGUIENDO LA ASISTENCIA DE TESTIGOS Y PRESTANDO TODA LA COLABORACIÓN NECESARIA EN EL CURSO DE CADA PROCESO JUDICIAL.

5. TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN: NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SOBRE EL PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO.

SE DEJA CLARIDAD QUE PARA LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN SE CUMPLIRÁ ESTRICTAMENTE LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 1081 Y 1131 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. POR LO ANTERIOR EN NINGÚN CASO SE PODRÁ INTERPRETAR QUE LA ASEGURADORA RENUNCIA A LOS TÉRMINOS LEGALES DE PRESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 1081 Y 1131.

6. NO SE AMPARAN EVENTOS O HECHOS YA REPORTADOS O NO Y QUE CORRESPONDAN A ACONTECIMIENTOS O HECHOS OCURRIDOS ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

7. CUALQUIER CAMBIO, ENTRADA, SALIDA, REEMPLAZO DE PROFESIONALES DE LA SALUD O IPS QUE SEAN REPORTADOS AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DEBERÁN SER COMUNICADOS POR PERIODOS TRIMESTRALES A LA ASEGURADORA.

*EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA; RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002954556 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001871 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

TOMADOR

SU-FO-10-01

(415)7709998911901(8020)1838001994

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 18 RC001187
CERTIFICADO 18 RC001994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1838001994

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD MM AAAA 13 02 2018

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	**TEL.** 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA — **VALOR ASEGURADO EN** PESOS

DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 09 02 2018	**HASTA** 09 02 2019			4,000,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	PRIMA	PESOS	471,585,751.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00			
		TOTAL	100.00	471,585,751.00	4,000,000,000.00	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	89,601,293.00
						TOTAL		**561,187,044.00**

ESTA MISMA CONDICIÓN APLICARÁ PARA LOS EMPLEADOS DEL ÁREA DE LA SALUD PARA LAS IPS CON LA CUAL TIENE CONVENIO EL ASEGURADO (DADO A QUE EN CUALQUIER MOMENTO DE LA VIGENCIA SE HACE CONVENIO CON UNA NUEVA ENTIDAD Y NO QUEDA DECLARADA EN LOS LISTADOS QUE SE ENTREGAN).

SI EL SINIESTRO OCURRE ENTRE EL ÚLTIMO Y PRÓXIMO REPORTE, Y POR ENDE NO SE HA INCLUIDO EL PROFESIONAL RESPONSABLE Y/O IMPUTABLE DE DICHO SINIESTRO O QUE NO SE ENCUENTRE INCLUIDO EN NINGUNO DE LOS LISTADOS POR HABER INGRESADO DESPUÉS DE HABER ENTREGADO EL PRIMER REPORTE Y HABERSE RETIRADO. EN CASO DE QUE EL EVENTO SUCEDA ANTES DE ENTREGAR EL SEGUNDO REPORTE Y EL MEDICO NO SE ENCUENTRE RELACIONADO, SE DEBERÁ DEMOSTRAR EL VÍNCULO LABORAL (CONTRATO LABORAL O PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EN SU DEFECTO CERTIFICACIÓN DE GESTIÓN HUMANA) Y LA UBICACIÓN DENTRO DE LOS CARGOS AMPARADOS EN EL LISTADO. CUANDO LA INCLUSIÓN DE DICHO PROFESIONAL SUPERA EN NÚMERO (LOS PROFESIONALES REPORTADOS AL INICIO DE LA PÓLIZA) SE DEBE PAGAR PRIMA ADICIONAL.

" EXCLUSIONES COMUNES Y COMPLEMENTARIAS A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS

1. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA. (LITERAL E NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

2. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

SE LEVANTA LA PRESENTE EXCLUSIÓN EN CASOS EN QUE LA CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA SEA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS

3. DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÁN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE. (LITERAL M NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

4. RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS. (LITERAL H NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN. RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ÉSTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS:
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN, EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002955556 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001871 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

TOMADOR

SU-FO-10-01

(415)7709998911901(8020)1838001994

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 18 RC001187
CERTIFICADO 18 RC001994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1858001994

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD MM AAAA 13 02 2018

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA **TEL.** 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:**	0 **TEL.** 0

VIGENCIA		ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	VALOR ASEGURADO EN PESOS NUEVA
DD MM AAAA	DD MM AAAA			
DESDE 09 02 2018	HASTA 09 02 2019			4,000,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	PRIMA	PESOS	471,585,751.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00			
		TOTAL	100.00	471,585,751.00	4,000,000,000.00	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	89,601,293.00
						TOTAL		**561,187,044.00**

5. RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS. . (LITERAL B NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

6. NO APLICA DIC/DIL PARA ESTA PÓLIZA, CON RESPECTO DE LAS PÓLIZAS PRIMARIAS

7. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES. (LITERAL L NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

8. RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES Y DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO. (LITERAL C NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

9. DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCIÓN, TRANSFUSIÓN Y/O CONSERVACIÓN DE SANGRE O PLASMA SANGUÍNEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICIÓN, TRANSMISIÓN O CONTAGIO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) . (COMPLEMENTA EL LITERAL I NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

10. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.

11. RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.

12. RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO PERSONAL O MATERIAL, CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE, PERJUICIOS DERIVADOS DE TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL. . (LITERAL K NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

13. EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ORTODONCISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA; CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

RES. DIAN NO. 18762002955556 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DE SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001871 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)1838001994

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 18 RC001187

CERTIFICADO 18 RC001994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 1838001994

SUCURSAL: 18. BUCARAMANGA **USUARIO:** MADIEDOD **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 13 MM 02 AAAA 2018

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:**	BUCARAMANGA
E-MAIL:		**TELÉFONO:**	6850087
ASEGURADO:	UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB	**C.C. O NIT:**	901153056 7
DIRECCIÓN:	CR 27 37 33 OFC 514 GREEN GOLD	**CIUDAD:** BUCARAMANGA	**TEL.** 6850087
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA		ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
	DD MM AAAA			VALOR ASEGURADO EN PESOS
DESDE	09 02 2018			4,000,000,000.00
HASTA	09 02 2019			

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
60.00	ARENAS DIAZ MARIA EUGENIA	DIRECTO - SEGUROS CONFIA	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00	PRIMA	PESOS	471,585,751.00
40.00	GOMOSEC LTDA. ASESORES PRO	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	235,792,875.50	2,000,000,000.00			
		TOTAL	100.00	471,585,751.00	4,000,000,000.00	GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	89,601,293.00
						TOTAL		561,187,044.00

MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LLEVADA A CABO EN UNA CLÍNICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN. (COMPLEMENTO LITERAL G NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

14. RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS, MANIPULACIONES GENÉTICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

15. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS. (LITERAL A NUMERAL 2 EXCLUSIONES CONDICIONES PARTICULARES PARA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS)

16. RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGÉNICOS (MOHO U HONGOS Ó SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABÓLICO, ENZIMAS Ó PROTEÍNAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TÓXICAS Ó NO.)

17. RECLAMACIONES POR EL RIESGO BIOLÓGICO

GARANTÍAS:
SO PENA DE LA DECLARATORIA DE NULIDAD DE COBERTURA, EL ASEGURADO DEBERÁ:
" MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.

" EJERCER UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD, ASÍ COMO LA VERIFICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS MÉDICOS.

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE; SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762003554558 19/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001871 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

TOMADOR

(415)7709998811901(8020)1838001994

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

ANEXO QUE HACE PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA RC001187-001994

CONDICIONES PARTICULARES PARA LA R.C. PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES Y OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD

I. COBERTURA

Mediante el presente anexo y no obstante lo que se establece en las condiciones generales del seguro, se ampara la responsabilidad civil contractual y extracontractual en que pudiere incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales de acuerdo a la modalidad de cobertura determinada en la caratula de la póliza conforme a lo siguiente:

1. Ocurrencia: El asegurado queda cubierto por los siniestros ocurridos durante el periodo de vigencia de la póliza
2. Principio de la Reclamación (Claims Made): El Asegurado queda cubierto por las reclamaciones hechas por terceros, que se refieran a eventos que se deriven de acontecimientos dañosos ocurridos después de la fecha de cobertura indicada en la caratula de la póliza o documentos anexos a la misma, siempre que las reclamaciones se presenten, por primera vez y por escrito al Asegurado o a CONFIANZA; S. A., dentro de la vigencia de la póliza.

II. EXCLUSIONES

En adición a lo establecido en las condiciones generales del seguro quedan excluidas las reclamaciones provenientes de:

a. Daños genéticos.
b. Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales o científicas en el establecimiento o local del Asegurado, y que por ejercicio de esta actividad se encuentre expuesta a los riesgos de rayos X y radiación materia de este, así como consecuencia de una infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
c. De personas que tienen una relación laboral con el asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado.
d. Daños y perjuicios causados directamente por productos farmacéuticos.
e. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica.
f. Cirugía plástica o estética, sin perjuicio de la cobertura que se otorga sólo en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anormalidades congénitas.
g. Daños y perjuicios causados en tratamientos odontológicos por anestesia general no aplicada en centro hospitalario idóneo.
h. Servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de intoxicantes, o bebidas alcohólicas.
i. Reclamaciones referentes a:
    1. Daños genéticos
    2. consecuencias con una infección con el virus tipo HIV (SIDA)
j. Derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.
k. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente. Ejemplo; perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
l. La obtención del reembolso de honorarios profesionales.
m. Prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer la profesión y que gocen de la autorización respectiva del Estado.
n. Reclamaciones contra el Asegurado derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen relación laboral con el asegurado.

III. EXTENSIÓN DE COBERTURA

Además de lo anteriormente estipulado, el alcance del presente seguro se extiende a cubrir la responsabilidad civil contractual y extracontractual imputable al asegurado.

1. Por los actos u omisiones cometidos por el personal bajo relación laboral con el Asegurado, en el ejercicio de sus respectivas funciones al servicio del mismo.

En consecuencia queda asegurada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado por actos u omisiones profesionales cometidos por el personal al servicio del asegurado en el ejercicio de sus actividades.

Igualmente, queda cubierta la responsabilidad civil extracontractual del asegurado por daños materiales o personales, derivada de la propiedad o arriendo o usufructo de los predios en que se desarrollan las actividades propias de una clínica, un hospital o un establecimiento del sector salud.

2. Por posesión y el uso de los aparatos y por los tratamientos médicos con los fines de diagnóstico y de terapéutica en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica, que no se encontraren comprendidos en el punto 6o. de estas condiciones particulares y sean utilizados y realizados única y exclusivamente por personal empleado del asegurado.

3. No obstante lo dispuesto en las Condiciones Generales del Seguro ampara:

- El suministro de comidas y bebidas dentro del establecimiento descrito en la carátula de la Póliza.

- La elaboración de productos en la farmacia del establecimiento descrito en esta Póliza, siempre que se haya procedido según receta médica que goce de licencia o autorización oficial.

- Suministro de materiales médicos, quirúrgicos o dentales a los pacientes atendidos.

- Suministro de drogas y medicamentos necesarios para el tratamiento siempre y cuando, las drogas o medicamentos han sido elaborados según receta médica en la farmacia del Asegurado que goce de licencia o autorización oficial, o se trate de drogas o medicamentos registrados ante su autoridad competente, excluyendo la R.C., productos del fabricante.

4. Por los socios o representantes legales del asegurado en tanto actúen dentro del desempeño de sus funciones como tales.

5. Por las personas a quien el asegurado hubiese confiado la dirección o administración del establecimiento dentro de los límites de sus cargos.

6. No obstante lo estipulado en las condiciones generales del seguro, queda amparada la responsabilidad civil extra-contractual derivada de la posesión y uso de los aparatos de rayos x con fines de diagnóstico y mediante convenio expreso, la ocasionada por:

A. La posesión y uso de:

- Aparatos generadores de rayos por aceleración de partículas, incluyendo aparatos de rayos X, que aún ocasionalmente se utilicen para fines terapéuticos.

- Equipos de tomografías por ordenador (Scanner).

- Equipos de radiografía con fines de diagnóstico.

- Aparatos generadores de rayos láser.

B. La posesión o aplicación a pacientes, de materiales radioactivos naturales o artificiales

- En aparatos donde esté incorporado un irradiador (Isótopo)

- Otras materias radioactivas.

IV. VIGENCIA DEL SEGURO

Será el periodo de seguro definido en la carátula de la póliza, por los hechos que se pueda imputar responsabilidad civil al asegurado de acuerdo al sistema de cobertura contratado.

V. DEFINICIONES

- **Responsabilidad Médica**

Es la que se deriva de la ejecución del servicio médico, acto médico o el diagnóstico, dentro de las normas de diligencia y cuidado que debe observar el profesional para preservar la vida, la salud, las buenas condiciones físicas y la integridad corporal del paciente.

- **Servicio médico**

Es el conjunto de actividades realizadas por profesionales médicos, enfermeras y paramédicos con los que cuenta la institución asegurada, que permiten la valoración del estado de salud del paciente con fines de diagnóstico y/o terapéutica.

- **Acto médico**

Son aquellos en los cuales mediante la intervención del profesional médico se realizan actividades diagnósticas, terapéuticas o de rehabilitación.

Los de diagnóstico consisten en la opinión del médico obtenida de la observación directa o de laboratorio del paciente. Los terapéuticos se refieren a las diversas formas de tratamiento para la enfermedad.

Los de rehabilitación son el conjunto de medidas encaminadas a completar la terapéutica para reincorporar al paciente a su entorno personal y social.

- **Fecha De Retroactividad**

Es el lapso de tiempo previamente acordado con LA ASEGURADORA donde la fecha es anterior a la de inicio de vigencia consignada en la póliza. En este periodo se cubre la ocurrencia del acto médico que produjo el hecho dañoso para que haya cobertura del mismo bajo la presente póliza.

VI. NULIDAD

Será nulo el contrato de seguro, cuando al momento de celebrarse el contrato, el Asegurado carezca de la autorización necesaria para el manejo de la institución asegurada, debidamente expedida por la autoridad competente.

VII. TERMINACIÓN

Este Seguro terminará cuando la autorización a que se refiere el punto VII, sea retirada, quedando así el Asegurado impedido legalmente para ejercer las actividades aseguradas.

Lo anterior queda sujeto a los términos, limitaciones y estipulaciones del Seguro que no hayan sido específicamente modificados en el texto de esta Póliza.

LAS DEMAS CONDICIONES Y ESTIPULACIONES NO DETERMINADAS EN EL PRESENTE ANEXO SERAN LAS CONSIGNADAS EN EL CLAUSADO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ADJUNTO.

Para constancia de todo lo expresado se firma la presente póliza en a los días del mes de Febrero 13 de 2018

Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.
CONFIANZA
NIT.860.070.374-9

CLAUSULA DE DISTRIBUCIÓN DE COASEGURO

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA GU071937 CERTIFICADO GU107881

MONEDA **PESOS** TIPO DE CERTIFICADO **Nuevo** PRODUCTO **01**

SUCURSAL **18. BUCARAMANGA** USUARIO **MADIEDOD** FECHA EXPEDICIÓN **13 02**

TOMADOR GARANTIZADO: **UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**

ASEGURADO: **FIDUPREVISORA S.A.**

EL PRESENTE AMPARO LO OTORGA LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONUNTAMENTE CON LA(S) COMPAÑIA(S) DE SEGUROS ABAJO RELACIONADAS, PERO LAS OBLIGACIONES DE LA(S) COMPAÑIA(S) PARA CON EL ASEGURADO NO SON SOLIDARIAS.

EL RIESGO Y LA PRIMA CORRESPONDIENTE, SE DISTRIBUYEN ENTRE LAS COMPAÑIAS DE LA SIGUIENTE FORMA:

DISTRIBUCION

COMPAÑIAS	%	VALOR ASEGURADO	PRIMA
ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A	25.00	28,890,311,300.12	445,837,945.25
DIRECTO - SEGUROS CONFIANZA	40.00	46,224,498,080.20	713,340,712.40
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	35.00	40,446,435,820.18	624,173,123.35
TOTAL	**100.00**	**115,561,245,200.50**	**1,783,351,781.00**

LA ADMINISTRACIÓN Y ATENCIÓN DE LA PÓLIZA CORRESPONDE A LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, LA CUAL RECIBIRÁ DEL TOMADOR LA PRIMA TOTAL PARA REDISTRIBUIRLA EN SU PROPORCION A LAS COMPAÑIAS COASEGURADORAS.

EN LOS SINIESTROS LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, RESPONDERÁ ÚNICAMENTE POR SU PARTICIPACIÓN PORCENTUAL SEÑALADA ANTERIORMENTE Y UNA VEZ RECIBIDA LA PARTICIPACIÓN CORRESPONDIENTE DE LA(S) OTRA(S) COMPAÑIA(S). LA ENTREGARÁ AL

Coaseguradores

Firma

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9
SANDRA LILIANA SERRATO AMORTEGUI
CC 39.784.501 Usaquén

DIRECTO - SEGUROS CONFIANZA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A

Zurich Colombia Seguros S.A
NIT. 900.846.964-0

SU-FO-01-1.0

CLAUSULA DE DISTRIBUCIÓN DE COASEGURO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA **RE001931** **CERTIFICADO** **RE005077**

MONEDA **PESOS** TIPO DE CERTIFICADO **Nuevo** PRODUCTO **02**

SUCURSAL **18. BUCARAMANGA** USUARIO **MADIEDOD** FECHA EXPEDICIÓN **13** **02**

TOMADOR GARANTIZADO: **UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**

ASEGURADO: **UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**

EL PRESENTE AMPARO LO OTORGA LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONUNTAMENTE CON LA(S) COMPAÑIA(S) DE SEGUROS ABAJO RELACIONADAS, PERO LAS OBLIGACIONES DE LA(S) COMPAÑIA(S) PARA CON EL ASEGURADO NO SON SOLIDARIAS.

EL RIESGO Y LA PRIMA CORRESPONDIENTE, SE DISTRIBUYEN ENTRE LAS COMPAÑIAS DE LA SIGUIENTE FORMA:

DISTRIBUCION			
COMPAÑIAS	%	VALOR ASEGURADO	PRIMA
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	35.00	11,556,124,520.04	138,768,476.00
DIRECTO - SEGUROS CONFIANZA	40.00	13,206,999,451.48	158,592,544.00
ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A	25.00	8,254,374,657.18	99,120,340.00
TOTAL	**100.00**	**33,017,498,628.70**	**396,481,360.00**

LA ADMINISTRACIÓN Y ATENCIÓN DE LA PÓLIZA CORRESPONDE A LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, LA CUAL RECIBIRÁ DEL TOMADOR LA PRIMA TOTAL PARA REDISTRIBUIRLA EN SU PROPORCION A LAS COMPAÑIAS COASEGURADORAS.

EN LOS SINIESTROS LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, RESPONDERÁ ÚNICAMENTE POR SU PARTICIPACIÓN PORCENTUAL SEÑALADA ANTERIORMENTE Y UNA VEZ RECIBIDA LA PARTICIPACIÓN CORRESPONDIENTE DE LA(S) OTRA(S) COMPAÑIA(S). LA ENTREGARÁ AL

Coaseguradores

Firma

DIRECTO - SEGUROS CONFIANZA

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9
SANDRA LILIANA SERRATO AMORTEGUI
CC 39.784.501 Usaquén

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
GERENCIA NACIONAL DE FIANZAS
NIT. 860.009.578-6
JAVIER ALONSO ACOSTA SIERRA
GERENTE RIESGOS TECNICOS

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A

Zurich Colombia Seguros S.A.
NIT. 900.846.964-0

SU-FO-01-1.0

CLAUSULA DE DISTRIBUCIÓN DE COASEGURO

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA **RC001187** **CERTIFICADO** **RC001994**

MONEDA **PESOS** TIPO DE CERTIFICADO **Nuevo** PRODUCTO **02**

SUCURSAL **18. BUCARAMANGA** USUARIO **MADIEDOD** FECHA EXPEDICIÓN **13** **02**

TOMADOR GARANTIZADO: **UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**

ASEGURADO: **UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB**

EL PRESENTE AMPARO LO OTORGA LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONUNTAMENTE CON LA(S) COMPAÑIA(S) DE SEGUROS ABAJO RELACIONADAS, PERO LAS OBLIGACIONES DE LA(S) COMPAÑIA(S) PARA CON EL ASEGURADO NO SON SOLIDARIAS.

EL RIESGO Y LA PRIMA CORRESPONDIENTE, SE DISTRIBUYEN ENTRE LAS COMPAÑIAS DE LA SIGUIENTE FORMA:

DISTRIBUCION

COMPAÑIAS	%	VALOR ASEGURADO	PRIMA
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	50.00	2,000,000,000.00	235,792,875.50
DIRECTO - SEGUROS CONFIANZA	50.00	2,000,000,000.00	235,792,875.50
TOTAL	**100.00**	**4,000,000,000.00**	**471,585,751.00**

LA ADMINISTRACIÓN Y ATENCIÓN DE LA PÓLIZA CORRESPONDE A LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, LA CUAL RECIBIRÁ DEL TOMADOR LA PRIMA TOTAL PARA REDISTRIBUIRLA EN SU PROPORCION A LAS COMPAÑIAS COASEGURADORAS.

EN LOS SINIESTROS LA COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, RESPONDERÁ ÚNICAMENTE POR SU PARTICIPACIÓN PORCENTUAL SEÑALADA ANTERIORMENTE Y UNA VEZ RECIBIDA LA PARTICIPACIÓN CORRESPONDIENTE DE LA(S) OTRA(S) COMPAÑIA(S), LA ENTREGARÁ AL

Coaseguradores

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

DIRECTO - SEGUROS CONFIANZA

Firma

Compañía Aseguradora de Fianza S.A.
CONFIANZA
NIT 830.970.374-9

SANDRA LILIANA SERRATO AMORTEGUI
CC 39.784.501 Usaquén

SU-FO-01-1.0

CONFIANZA
Swiss Re
Corporate Solutions

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA

CONSTANCIA DE PAGO DE PRIMA

Hacemos constar el pago de la prima de la Póliza No. GU071937 Certificado GU107881

Efectuado por: (TOMADOR - GARANTIZADO) UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB NIT : 901153056

Prima Neta	:	1.783.351.781,00
IVA	:	338.838.168,00
Gastos de Expedición :		7.000,00
Por valor total de	:	$ 2.122.196.949

Emitida a favor de: (ASEGURADO) FIDUPREVISORA S.A. NIT : 860525148

La presente constancia se expide con destino a la entidad asegurada y se firma en la ciudad de a los 13 días del mes de FEBRERO de 2.018.

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA
Firma Autorizada

CONFIANZA

CONFIANZA
Swiss Re
Corporate Solutions

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA

CONSTANCIA DE PAGO DE PRIMA

Hacemos constar el pago de la prima de la Póliza No. RE001931 Certificado RE005077

Efectuado por: (TOMADOR - GARANTIZADO) UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB NIT : 901153056

Prima Neta	:	396.481.360,00
IVA	:	75.331.458,00
Gastos de Expedición :		0,00
Por valor total de	:	$ 471.812.818

Emitida a favor de: (ASEGURADO) UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB NIT : 901153056

La presente constancia se expide con destino a la entidad asegurada y se firma en la ciudad de a los 13 días del mes de FEBRERO de 2.018.

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA
Firma Autorizada

CONFIANZA

CONFIANZA
Swiss Re
Corporate Solutions

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA

CONSTANCIA DE PAGO DE PRIMA

Hacemos constar el pago de la prima de la Póliza No. RC001187 Certificado RC001994

Efectuado por: (TOMADOR - GARANTIZADO) UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB NIT : 901153056

Prima Neta	:	471.585.751,00
IVA	:	89.601.293,00
Gastos de Expedición :		0,00
Por valor total de	:	$ 561.187.044

Emitida a favor de: (ASEGURADO) UNION TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL-CUB NIT : 901153056

La presente constancia se expide con destino a la entidad asegurada y se firma en la ciudad de a los 13 días del mes de FEBRERO de 2.018.

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA
Firma Autorizada

CONFIANZA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

Entre los suscritos; **WILLIAM EMILIO MARIÑO ARIZA,** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.681.986 de Cali, en calidad de Vicepresidente del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, delegado para suscribir el presente documento por el Presidencia de Fiduciaria La Previsora S.A., mediante Resolución No. 018 de 2015 y por ende obrando en representación de **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.,** quien actúa como vocera y administradora del **PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO,** Sociedad de Economía Mixta del Sector Descentralizado del Orden Nacional, sometida al régimen de Empresa Industrial y Comercial del Estado, autorizada por el Decreto Ley No.1547 de 1984 y constituida mediante Escritura Pública número veinticinco (25) del veintinueve (29) de marzo de mil novecientos ochenta y cinco (1985), otorgada en la Notaría Treinta y Tres (33) del Círculo Notarial de Bogotá, transformada en Sociedad Anónima mediante Escritura Pública número cuatrocientos sesenta y dos (0462) del veinticuatro (24) de enero de mil novecientos noventa y cuatro (1994), otorgada en la Notaría Veintinueve (29) del Círculo Notarial de Bogotá, todo lo cual se acredita con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el cual se adjunta y hace parte integral del presente contrato, parte que en adelante y para todos los efectos legales se denominará **EL CONTRATANTE,** de una parte, y de la otra **UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL CUB** con **NIT. 901.153.056-7**, constituida mediante documento privado 5 de diciembre de 2017, integrada por **FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER – FOSCAL** identificada con NIT 890.205.361-4 con un porcentaje de participación de 50% y **CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S** identificada con NIT. 900.581.702-9 con un porcentaje de participación 50%, representada por **JORGE RICARDO LEÓN FRANCO**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 2.099.899 de Guadalupe, quien en adelante y para todos los efectos de este documento se denominará el **CONTRATISTA;** hemos decidido celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018**, en adelante **EL CONTRATO,** el cual se regirá por las cláusulas que adelante se expresan, previas las siguientes:

CONSIDERACIONES

1. Que la Ley 91 de 1989, creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio como: *"(....), una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-2) 266 4559 | Cali (57-2) 667 2680

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente Ley y fijará la comisión que, en desarrollo del mismo, deberá cancelarse a la sociedad fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen. La celebración del contrato podrá ser delegada en el Ministro de Educación Nacional (...)".

2. Que en desarrollo del Artículo 3 de la Ley en cita, la NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, en su calidad de Fideicomitente, y FIDUPREVISORA S.A., suscribieron el Contrato de Fiducia Mercantil contenido en la Escritura Pública No. 0083 del 21 de junio de 1990 de la Notaría 44 del Circuito de Bogotá, contrato prorrogado varias veces y hoy en día vigente, cuyo objeto es: *"(...) Constituir una Fiducia Mercantil sobre los recursos que integran el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - EL FONDO -, con el fin de que LA FIDUCIARIA los administre, invierta y destine al cumplimiento de los objetivos previstos para EL FONDO, conforme a las instrucciones que le sean impartidas por el Consejo Directivo del mismo.", y su finalidad la de darle una "(...) eficaz administración de los recursos del FONDO que, a su vez y de conformidad con lo establecido en el Artículo 5 de la Ley 91 de 1989, fue creado para el cumplimiento de los objetivos que a continuación se precisan con el fin de que los mismos determinen el alcance de las prestaciones a cargo de la fiduciaria. (...). Garantizar la prestación de los servicios médico - asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del FONDO; (...)".*

3. Que el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tiene la función de analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del FONDO y *determinó que FIDUPREVISORA S.A. tendrá, entre otras, las siguientes obligaciones: "(...) Contratar, de acuerdo con las instrucciones impartidas por el Consejo Directivo del FONDO, en especial, las contenidas en los Acuerdos No. 04 y 13 de 2004 y aquellos que lo modifiquen o sustituyan, las entidades que garantizarán la prestación de los servicios médico - asistenciales del personal docente afiliado al FONDO y su grupo familiar. El Consejo Directivo analizará y recomendará, previo trámite legal y presentación del informe de la FIDUCIARIA, las entidades con las cuales se garantizará la atención de los servicios de salud, velando siempre por la transparencia, economía, objetividad y responsabilidad en los procesos de contratación." "Realizar las labores de supervisión de los contratos que celebre*

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796
Manizales (57 6) 873 5111 | Medellín (57 2) 305 4559 | Cali (57 2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

para garantizar la prestación de los servicios y las de auditoria de calidad de los servicios de salud (...)". "Contratar con cargo a los recursos del FONDO, auditorias médicas especializadas externas sobre los prestadores de servicios de salud de cada región (...)"

4. Que el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, según lo establecido en el numeral 2 del Artículo 7 de la misma ley, tiene la función de *"(...) Analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo."*

5. Que el Consejo Directivo del Fomag, está integrado por el Ministro de Educación Nacional o el Viceministro quien lo preside; el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado; el Ministro de Trabajo o su delegado; dos representantes del Magisterio designados por la organización gremial nacional que agrupe el mayor número de asociados docentes, y por la entidad Fiduciaria, el Presidente o su delegado, con voz, pero sin voto.

6. Que por ser la FIDUPREVISORA S.A. una sociedad con naturaleza jurídica de sociedad de economía mixta y al aplicársele el régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, el mismo Estatuto General de Contratación exceptuó su actividad contractual y en consecuencia, la misma se rige por las normas del derecho privado. No obstante, en virtud de lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007 la actividad contractual de la FIDUPREVISORA S.A. se encuentra sometida a los principios que rigen la función administrativa establecidos en el artículo 209 de nuestra Constitución Política de Colombia, los principios de la gestión fiscal y el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto en la ley. Este contrato se regula además de sus estipulaciones, por las leyes civiles y mercantiles colombianas que correspondan a su esencia y naturaleza.

7. Que la función de contratar se encuentra delegada en la Vicepresidencia del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio en nombre y representación legal de la FIDUPREVISORA y así mismo, conforme al numeral 2.4.3 del manual de contratación del FOMAG: *"(...) es el empleado que asume la facultad por delegación para contratar y comprometer a nombre de Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del Fomag, conforme a instrucciones y recomendaciones que para el efecto imparta el Consejo Directivo. (...)"*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 366 4550 | Cali (57-2) 667 7090
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

8. Que la Vicepresidencia del Fomag mediante Aviso de Invitación dio apertura al proceso de Invitación Pública 006 de 2017, para : *"LA CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE, PARA LAS REGIONES 4 Y 7".*

9. Que el día 5 de diciembre de 2017 se publicó en página web del SECOP el documento de selección definitivo de la Invitación Pública No. 006 de 2017 correspondiente al objeto anteriormente citado.

10. Que durante el proceso de la Invitación Pública No. 006 de 2017 se realizaron las siguientes adendas:

ADENDA	FECHA	OBSERVACION
ADENDA No. 1	4 de diciembre de 2017	Se modificaron aspectos relativos al cronograma
ADENDA No. 2	7 de diciembre de 2017	Se modificaron aspectos relativos al cronograma
ADENDA No. 3	15 de diciembre de 2017	Se modificaron aspectos relativos al cronograma
ADENDA No. 4	18 de diciembre de 2017	Se adicionó al documento de selección definitivo el Departamento de Norte de Santander, toda vez que la Región 7, para el presente proceso de selección, está integrada por los departamentos de Santander, Norte de Santander, Cesar y Arauca. Se modificó la tabla del segundo párrafo del numeral 1.1. (OBJETO DEL PRESENTE PROCESO DE INVITACIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (571) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 567 7060
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

ADENDA	FECHA	OBSERVACION
		PÚBLICA), y la tabla del numeral 2.3. (PRESUPUESTO ESTIMADO), del Documento de Selección Definitivo
ADENDA No. 5	2 de febrero de 2018	Se modificaron aspectos relativos al cronograma

11. Que en desarrollo del mencionado procedimiento se presentaron las siguientes ofertas:

REGIÓN	DEPARTAMENTOS	OFERENTE	INTEGRANTES
4	Casanare, Boyacá y Meta	PROMESA DE SOCIEDAD FUTURA VIDA Y SALUD R4 S.A.S	FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA 98.7%
			SOCIEDAD CENTRO DE ATENCIÓN MENTAL E INTEGRAL ORGANIZADOS EN SALUD CAMINO S IPS S.A.S 1.3%
4	Casanare, Boyacá y Meta	MEDISALUD UT.	CLÍNICA MEDILASER S.A. 51%
			CLÍNICA VALLE DEL SOL S.A. 30%
			SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S. OPTISALUD 19%
7	Norte de Santander, Santander, Cesar y Arauca	UT RED INTEGRADA SOCAL CUB	FUNDACION OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER FOSCAL 50%
			CLÍNICA DE URGENCIAS DE BUCARAMANGA S.A.S 50%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2723 | Cartagena (57 5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-4) 266 4559 | Cali (57-2) 667 7690
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 9 10015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

REGIÓN	DEPARTAMENTOS	OFERENTE	INTEGRANTES
7	Norte de Santander, Santander, Cesar y Arauca	FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	

12. Que de conformidad con el documento de selección definitivo, la invitación a ofertar se dividió en dos etapas: una de habilitación y otra de calificación.

13. Que el 25 de enero de 2018, se publicó el informe final de "Verificación de cumplimiento o no cumplimiento de requisitos habilitantes" en las páginas web de www.contratación.gov.co (SECOP) Fiduprevisora y FOMAG, con el siguiente resultado:

REGIÓN	PROPONENTE	% DE HABILITACIÓN
4	FUNDACION PROMESA SOCIEDAD FUTURA VIDA Y SALUD	96,31%
4	MEDISALUD UT	93,63%
7	FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	94,71%
7	UT RED INTEGRAL FOSCAL CUB	97,57%

14. Que el 30 de enero de 2018, mediante publicación se dio traslado a los proponentes del *"Informe de calificación de las propuestas"*, para que dentro del término establecido en el cronograma del proceso, 1 de febrero de 2018, hasta las 5:00 pm se presentaran observaciones.

15. Que el 5 de febrero, el Comité Evaluador dio traslado al Vicepresidente de Prestaciones Sociales del Magisterio del Informe de Evaluación de las propuestas, para su presentación ante el Consejo Directivo del FOMAG y su recomendación, de acuerdo a los siguientes resultados:

D	PROPONENTE	REGIÓN	RED PRINCIPAL	RED ALTERNA	DISPENSACIÓN	ACREDITADAS	SANCIONES	TOTAL
	Máximo puntaje		400	200	200	200	100	1100,00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 256 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-4) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7690

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

1	UT RED INTEGRADA FOSCAL - CUB	7	398,89	197,77	164,73	200	100	1061,39
2	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	7	268,49	122,40	200,00	200	0	790,89
3	PROMESA DE SOCIEDAD FUTURA Y SALUD R4 SAS	4	172,97	51,24	200,00	0	0,65	424,86
4	MEDISALUD UT	4	400,00	200,00	148,21	0	100	848,21

16. Que en sesión del Consejo Directivo del FOMAG del día 5 de febrero de 2018, los miembros del órgano rector, recomendaron culminar el proceso en la forma como el Equipo Evaluador se lo propuso.

17. Que mediante Acta de Audiencia Pública de adjudicación a la Invitación Pública No. 006 de 2017, publicada en el SECOP el 6 de febrero de 2018, en la parte resolutiva se procedió a lo siguiente:

(...)

1. *Adjudicar a UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB el Contrato que tendrá por Objeto "LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE PARA LA REGIÓN 7 BAJO LA MODALIDAD DE CAPITACIÓN PARA TODOS LOS NIVELES.*

(...)

18. Que mediante Memorando suscrito por **WILLIAM EMILIO MARIÑO ARIZA** en calidad de Vicepresidente del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, se solicitó a la Dirección de Contratos de la Vicepresidencia Jurídica de Fiduciaria La Previsora S.A., la elaboración del presente **CONTRATO**, justificándolo de la siguiente manera:

(...)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111 | Barranquilla (57 5) 356 2723 | Cartagena (57-5) 660 1796 Manizales (57-6) 878 3111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 667 2060

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

Por medio del presente, solicito adelantar los trámites necesarios con el fin de elaborar los contratos de prestación de servicios médicos asistenciales con dos (2) nuevos operadores de salud, quienes serán los encargados de GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE, PARA LAS REGIONES 4 Y 7, así:

REGION (sic) 4: MEDISALUD UT
REGION (sic) 7: UT INTEGRADA FOSCAL CUB

(...)

19. Que el presente contrato cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 4278 de fecha nueve (9) de enero de 2018, por valor de **CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES ONCE MIL CIENTO SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($194.263.011.177,00).**

20. Que hacen parte integral del presente contrato, los siguientes documentos:

a) Memorando de solicitud.
b) Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 4278 de fecha nueve (09) de enero de 2018.
c) Oferta presentada por **EL CONTRATISTA.**
d) Documentos de la Invitación Pública No. 006 de 2017.
e) Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante del **CONTRATISTA.**
f) Certificación de pago de aportes a seguridad social del **CONTRATISTA.**
g) Certificado de Antecedentes Fiscales del **CONTRATISTA.**
h) Certificado de Antecedentes Disciplinarios del **CONTRATISTA.**
i) Formato de Hoja de Vida de la Función Pública para Personas Jurídicas.
j) Copia R.U.T. del **CONTRATISTA.**
k) Certificación de Unidad de Vinculados (SARLAFT).
l) Certificación de experiencia e idoneidad del Contratista.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5311 | Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Barranquilla (57 5) 350 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796 | Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 915615
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 366 4558 | Cali (57-2) 667 7680 | servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

21. Que teniendo en cuenta lo anterior, el presente Contrato se regirá por las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- DEFINICIONES: Para la adecuada interpretación del contrato, los siguientes conceptos tendrán el significado que se les atribuya a continuación, los términos que no sean expresamente definidos deberán entenderse en su sentido natral y obvio, o el que le confiere el lenguaje técnico de la respectiva ciencia o arte. Cuando la Ley haya definido una expresión, se le dará a ésta su significado legal.

-ADJUDICATARIO: Será el proponente habilitado y calificado con el mayor puntaje establecido en el documento de selección de contratistas, en cada una de las Regiones, con el cual se celebrará el respectivo contrato.

-AFILIADOS: Son los cotizantes y beneficiarios que tienen derecho a recibir los servicios de salud contenidos en el Plan de Salud del Magisterio.

-ANEXOS: Es el conjunto de documentos que se adjuntan al presente documento de selección de contratistas y que hacen parte integral del mismo.

-BENEFICIARIOS: Persona(s) que forma(n) parte del grupo familiar del afiliado y que tiene(n) derecho a los servicios de salud en las condiciones y las coberturas contenidos en el Plan de Salud para el Magisterio, como se especifica en el Anexo No 01.

-COBERTURA INTEGRAL: Plan de Atención en Salud para afiliados y beneficiarios del FNPSM, de conformidad con lo establecido en la Ley 91 de 1989 y en los acuerdos vigentes del Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio que comprende todos los servicios medico asistenciales necesarios para mantener y mejorar su estado de salud, sin limitaciones en el territorio nacional, salvo las exclusiones establecidas en dichos acuerdos, como se especifica en el Anexo No 01

-COMITÉS REGIONALES: Instancia establecida en el Decreto 2831 de 2005, integrados por el Secretario de Educación de la respectiva entidad territorial certificada o su delegado; el jefe de personal de la respectiva Secretaría de Educación, o quien haga sus veces; Representante de los rectores de las Instituciones Educativas de la Entidad Territorial certificada; y un representante de la Unión Sindical de Educadores al servicio de la Entidad Territorial con el mayor número de afiliados, cuyas funciones están establecidas en el citado decreto.

Estudió y Elaboró: Paola Andrea García Florian
Revisó: Jaime Luis Charris Pizarro
Aprobó: Ronal Alexis Prada Mancilla

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10 03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796
Manizales (57 6) 872 5111 | Medellín (57 4) 366 4559 | Cali (57 2) 667 7090
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

-CONSEJO DIRECTIVO DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (CDFNPSM): Es la instancia creada por la ley 91 de 1989, , integrada, por (i) El Ministro de Educación Nacional o el Viceministro, quien lo presidirá; (ii) El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado; (iii) El Ministro de Trabajo o su delegado; (iv) Dos representantes del magisterio, designados por la organización gremial nacional que agrupe el mayor número de asociados docentes y, (v) El Gerente de la Fiduprevisora, con voz pero sin voto, con la finalidad de determinar las políticas generales de administración e inversión de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, velando siempre por su seguridad, adecuado manejo y óptimo rendimiento.

-CONTRATANTE: Es la Sociedad **FIDUPREVISORA S.A.,** administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

-COTIZANTES: Docentes activos y pensionados, cotizantes del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, que tienen derecho a recibir los servicios de salud contenidos en el Plan de Salud para el Magisterio. Incluyen los padres cotizantes que pagan la UPCM adicional.

- CUANTÍA INDETERMINADA PERO DETERMINABLE: Es la característica del valor del contrato que dada la forma de pago de su remuneración, solo permite determinarlo en el tiempo acumulativamente de acuerdo con el número de afiliados y beneficiarios por atender mes a mes dentro de cada contrato multiplicado por la UPCM respectiva. –

- DEPENDENCIA ECONÓMICA Se entiende cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.

-DOCUMENTO DE SELECCIÓN DE CONTRATISTAS: Es el conjunto de normas que rigen el proceso de selección y el futuro contrato.

- EQUIPO EVALUADOR: Equipo interdisciplinario de sujetos al que se refiere el numeral 2.4.2 del manual de contratación del Fomag en el que se define su composición y funciones.

-FACTOR MAGISTERIO: Es el porcentaje adicional que corresponde a 62.67%, de la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ponderada por edad, sexo y región.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-4) 369 4550 | Cali (57-2) 667 7080

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

-FIAS: Formatos de información asistencial

-FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (FNPSM): Es una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, de acuerdo con lo definido por el Artículo 3º de la Ley 91 de 1989, que para los efectos de este documento se identificará como FNPSM.

-GRUPO FAMILIAR: Es el definido en el Anexo No 01

-INCAPACIDAD PERMANENTE DE LOS HIJOS: Es la incapacidad certificada de los hijos mayores de 26 años, conforme a las normas vigentes sobre la materia.

-LA FIDUCIARIA: Es la sociedad **FIDUPREVISORA S.A.,** administradora de los recursos y vocera de la Cuenta Especial del FNPSM en virtud del contrato de Fiducia Mercantil contenido en la escritura pública No. 0083 del 21 de junio de 1990 de la Notaría 44 de círculo Bogotá, prorrogado sucesivamente y a la fecha vigente, celebrada con la **NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.**

-LIMITES DE EDAD: 25 años hasta el día que cumple 26.

- MONOPÓLICOS: Para los efectos de lo previsto en el presente documento, por monopólicos deberá entenderse el servicio o grupo de servicios básicos que están habilitados únicamente a una ESE o IPS pública en el municipio, conforme la información arrojada por el REPS. En ese sentido, se aclara que cuando el documento de selección menciona el vocablo "monopólico", se refiere únicamente al servicio más no a la totalidad de los servicios que presta la ESE o IPS pública.

-PADRES COTIZANTES: Son los padres de un docente que desea incluir al Régimen de Excepción a través de un pago de una UPCM adicional, teniendo en cuenta que el docente tiene afiliado a su cónyuge o compañero (a) permanente y/o a los hijos de acuerdo con lo establecido en este documento y los anexos que hacen parte integral del mismo. Para acceder a estos servicios el docente debe surtir el procedimiento establecido para la vinculación de padres cotizantes dependientes y realizar los aportes mensuales al FNPSM, según lo establecido por el CDFNPSM.

-PÁGINAS WEB: Es la página de **FIDUPREVISORA S.A.,** www.fiduprevisora.com.co, que se utilizará para publicar y dar a conocer a los interesados y participantes en el proceso de selección las actuaciones adelantadas durante el mismo. Esta información será igualmente publicada en la página Web en el Fondo Nacional de Prestaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2723 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-4) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7080
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicialcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

Sociales de Magisterio, www.fomag.gov.co y el Sistema Electrónico de Contratación Pública www.contratos.gov.co.

-PAGO POR CAPITACIÓN: Es la remuneración de una suma fija mensual que se hace por cada afiliado (cotizante o beneficiario) que tiene derecho a ser atendido con el Plan de Beneficios en Salud del FNPSM, durante el plazo contractual, y que se denomina UPCM.

-PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL MAGISTERIO: Es el plan que define los servicios de salud con el que se dará atención a los afiliados y beneficiarios del FNPSM, de acuerdo con la Ley y los acuerdos del CDFNPSM.

-PLAN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: Acciones y programas desarrollados con el fin de buscar la prevención de la enfermedad y promover la salud de los usuarios del FNPSM, de acuerdo con el marco legal vigente y el documento de selección de contratistas, que el contratista efectuará en cumplimiento de lo establecido en los anexos técnicos.

-PRESTADOR PRIMARIO: En cada municipio, el oferente adjudicatario deberá disponer de al menos una IPS de baja complejidad Página 17 de 66 que garantice la atención básica primaria en salud, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y medicina familiar entre otros, de manera que se garantice la entrada al sistema desde un lugar cercano al sitio de vivienda o trabajo del docente o sus beneficiarios.

-PROCESO DE INVITACIÓN PÚBLICA: Procedimiento mediante el cual Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del FNPSM formula públicamente una necesidad de contratación para que, en igualdad de oportunidades, los interesados presenten sus ofertas y se seleccione entre ellas la más favorable. Las reglas aplicables a éste procedimiento se encuentran contenidas en el artículo 4.2.1 del Manual de Contratación del FOMAG.

-PROPONENTE: Es la persona natural o jurídica o el grupo de personas jurídicas y/o naturales, nacionales, asociadas entre sí mediante las figuras de consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura que presenta una oferta para presentar en el proceso de invitación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

-PROPUESTA: Es la oferta presentada a la Sociedad **FIDUPREVISORA S.A.,** administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM por los proponentes.

-RED ADICIONAL EXTRAORDINARIA: Corresponde a las instituciones que contrate directamente la FIDUPREVISORA S.A para suplir los servicios no prestados por el contratista.

-RED ALTERNA: PRESTADOR CONTINGENTE: Corresponde a la red alterna de atención que debe garantizar el contratista para la atención en salud cuando las IPS contratadas en la red principal, en la baja, mediana y alta complejidad, no presten los servicios con la oportunidad y accesibilidad debida, para atender a los afiliados.

-RED DE SERVICIOS: Conjunto de unidades prestadoras de servicios de salud ofertadas, interrelacionadas entre sí mediante sistemas de referencia y contra referencia y comunicaciones adecuadas, con las cuales el contratista se obliga contractualmente a suministrar sus servicios a los usuarios, y garantizar las rutas integrales de atención en salud, de acuerdo las normas vigentes sobre la materia (RIAS).

-REGIONES: Son aquellos grupos de departamentos establecidos en este documento de selección de contratistas, dentro de cuya jurisdicción el **CONTRATISTA** debe ejecutar el objeto contratado.

-REQUISITOS HABILITANTES: Son aquellos requisitos mínimos que miden la capacidad del proponente para participar en el presente proceso de invitación pública como oferente y corresponden a: i) capacidad jurídica, ii) capacidad financiera, iii) experiencia y iv) oferta técnica de la red básica. Lo requerido frente cada uno de ellos será objeto de verificación (cumple o no cumple) por la entidad y no otorgará puntaje.

-RIESGO EN SALUD: Es la probabilidad de aumento de frecuencias de uso de los servicios o aumento del costo unitario de los servicios.

-RIESGO FINANCIERO: Es la mayor probabilidad o el inadecuado uso de los recursos disponibles en el contrato por efecto de mayor gasto en salud o mayores gastos administrativos.

-RIESGO OPERATIVO: Es el riesgo generado por la inadecuada gestión administrativa y operativa de las obligaciones contractuales.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

-RUTA DE SALUD: Dentro del modelo de atención integral de salud, se garantizará la estructuración de una ruta de salud que busca eliminar barreras de acceso de la población a los servicios de salud. Esto teniendo como al sistema, la atención primaria básica con enfoque de medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna. En caso de ser necesario la referencia hacia otros niveles de complejidad, se gestionará por medio de procesos de referencia y contra referencia, descritos en los anexos, apoyándose en un sistema de información en línea que permita monitorear el proceso a la luz de indicadores de calidad.

-SERVICIOS DE SALUD: Se refiere a la integración de infraestructura y procesos tendientes a ofrecer a los afiliados servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad, y recuperación y rehabilitación de la salud en todos sus aspectos y en los diferentes niveles de atención.

-UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION DEL MAGISTERIO (UPCM): Corresponde, actualmente, a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Contributivo de acuerdo con el grupo etario y la zona geográfica, a la que se le adiciona un porcentaje fijo de la UPC del Régimen Contributivo, correspondiente a 62,67%, que cubre aquellos aspectos que son inherentes al Régimen de Excepción.

-USUARIO ATENDIDO: Debe entenderse como aquella persona que recibe la prestación de los servicios de salud del Régimen de Excepción.

SEGUNDA.- OBJETO: EL CONTRATISTA se compromete con **EL CONTRATANTE**, con autonomía técnica y administrativa, a prestar los servicios de salud del plan de atención integral y la atención médica derivada de los riesgos laborales para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en el territorio nacional, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se derive para las región 7 conformada por los departamento de Norte de Santander, Santander, Cesar y Arauca, bajo la modalidad de capitación para todos los niveles de complejidad.

FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM por su parte adquiere los servicios, de conformidad a las especificaciones técnicas contenidas en los Anexos que correspondan del documento de selección de contratistas, y la oferta, que hacen parte integral del presente contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO: El contratista no asumirá los riesgos por prestación de servicios de salud derivados de eventos catastróficos de orden natural o causados por el hombre definidos legalmente o declarados por la autoridad competente, los cuales estarán a

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111 | Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796 Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

cargo de las autoridades competentes conforme a las normas vigentes, según sea el caso, porque dichos eventos constituyen desviaciones extraordinarias de la siniestralidad no incluidas en el cálculo de la UPCM.

TERCERA.- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato será de cuantía **INDETERMINADA PERO DETERMINABLE**, de acuerdo con el número de afiliados registrados por los contratistas a **FIDUPREVISORA S.A.**, multiplicado por las UPCM respectivas.

El valor del contrato se encuentra determinado y amparado como lo indica el siguiente cuadro, teniendo en cuenta que para respaldar la contratación se cuenta con recursos del Sistema General de Participaciones destinados al FNPSM para la vigencia fiscal del 2019, se financiará con los recursos definidos por la Ley, certificados con la disponibilidad presupuestal anexa, y para las demás vigencias fiscales con los recursos del presupuesto general de la Nación y Sistema General de Participación asignados por la Nación con destino al FNPSM en cada una de las leyes anuales del Presupuesto General de la Nación o sus adiciones, según lo señalado en el documento de selección definitivo de la Invitación Pública 006 de 2017, de conformidad con la Adenda No. 4:

REGIONES	DEPARTAMENTO	CDP	TOTAL PRESUPUESTO MARZO A DICIEMBRE DE 2018	VALOR TOTAL DEL CONTRATO ESTIMADO PARA LA REGIÓN
REGION 7	Arauca	4278	**$194.263.011.177,00**	**$660.349.972.575**
REGION 7	Cesar			
REGION 7	Norte de Santander			
REGION 7	Santander			

FORMA DE PAGO: El valor del presente Contrato se pagará de la siguiente manera:

- **UNIDAD DE PAGO**

Corresponde al valor que la Sociedad **FIDUPREVISORA S.A.**, administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM pagará a cada contratista

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 667 2680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

por cada usuario, cotizante o beneficiario, de acuerdo con la región geográfica, el grupo etario y el género, con el fin de que le sean brindados la totalidad de los servicios del Plan de Salud. Este valor denominado UPCM (Unidad de Pago por Capitación del Magisterio) resulta de la aplicación de la siguiente fórmula:

UPCM = UPC EZ + 62,67% UPC EZ

La UPCM corresponde a la UPC del régimen contributivo por los grupos etarios y las zonas geográficas más un plus o porcentaje fijo que cubre aquellos aspectos que son inherentes al régimen de excepción, el cual se calculó en 62,67% sobre el valor de la UPC del Régimen Contributivo.

Donde:

UPCM = Unidad de Pago por Capitación del Magisterio

UPC = Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo

e = Grupo etario (Subíndice). Grupo de personas clasificados por rango de edades que comparten similares características epidemiológicas, uso de los servicios de salud y los costos respectivos, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia, la cual constituye una de las variables para ajustar el riesgo de la UPC.

Z = Zona Geográfica (Subíndice). Conjunto de municipios y Distritos que comparten características similares de oferta de servicios, de dispersión de la población, geográficas y de infraestructura vial, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual constituye una de las variables para justificar el riesgo de la UPC.

La UPCM se dividirá en 12 mensualidades de igual valor, que se pagan anticipadamente los primeros diez (10) días de cada mes.

Los servicios de alta complejidad y alto costo serán monitoreados por Fiduprevisora S.A. Cuando se compruebe mala calidad o problema grave de oportunidad en servicios de alta complejidad tecnológica o alto costo de acuerdo con la normatividad actual vigente, la FIDUPREVISORA podrá intervenir para garantizar la prestación, ordenando los servicios pertinentes y descontando los gastos respectivos al Proveedor. Igualmente, por excepción, podrá realizar pagos directos cuando se demuestre afectación del servicio por mora de más de ciento ochenta (180) días en el pago a los prestadores.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

- **AJUSTE ANUAL DE LA UPCM**

La actualización de la UPCM se efectuará realizando un incremento anual igual al porcentaje determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social para la UPC del régimen contributivo, sin tener en cuenta el porcentaje por inclusión de tecnologías en el POS, salvo aquel porcentaje que corresponda a inclusión en el POS de nuevas tecnologías en salud no consideradas en el plus del Magisterio, según el estudio financiero que sustenta el Acuerdo 009 de 2.016, en razón a que no han sido objeto de recobro al FOSYGA, con corte a 31 de diciembre de 2015. El alcance del anterior concepto, en todo caso estará sujeto a los cambios futuros en el ordenamiento.

PARÁGRAFO PRIMERO: Previo al pago, debe existir certificación escrita del Supervisor del Contrato sobre el cumplimiento del objeto del contrato y presentación de la factura correspondiente, resumen de las actividades desarrolladas y constancia del pago al sistema de seguridad social integral con fecha de expedición no superior a treinta (30) días.

PARÁGRAFO SEGUNDO: **EL CONTRATISTA** declara estar cumpliendo sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones; de igual manera de cara el cumplimiento de sus obligaciones de carácter tributario, por lo tanto asumirá las consecuencias penales y fiscales por cualquier omisión o falla al respecto.

PARÁGRAFO TERCERO: CONDICIÓN SUSPENSIVA DE PAGO. El último pago se realizará contra la suscripción del acta de liquidación del presente Contrato, la cual debe contar con el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones contractuales y certificación del Supervisor.

PARÁGRAFO CUARTO: GASTOS Y TRIBUTOS DEL CONTRATO. Los impuestos, tasas, contribuciones y derechos relacionados con la celebración y ejecución del presente contrato serán pagados en su totalidad por el **CONTRATISTA**.

CUARTA.- PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN: La duración del presente contrato se contará a partir de la suscripción del **ACTA DE INICIO** por un término de cuarenta y ocho (48) meses y el objeto contractual se desarrollará en la Región 7 conformada por los Departamentos de Norte de Santander, Santander, Cesar y Arauca.

QUINTA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Sin perjuicio de las demás obligaciones que correspondan a la naturaleza del contrato a celebrar, de aquellas contenidas en la Invitación Pública No. 006 de 2017 y de las consignadas

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111 | Barranquilla (57-5) 256 2723 | Cartagena (57-5) 660 1796 | Manizales (57-6) 878 3111 | Medellín (57-4) 365 4559 | Cali (57-2) 567 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

fiduprevisora

siempre

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

específicamente en el contenido del presente contrato, el Contratista contraerá, entre otras, las siguientes obligaciones:

- **OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA**

1. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivos a su cargo, organizados, rotulados y almacenados, atendiendo a los estándares y directrices de gestión documental, así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del contrato.
2. Cumplir con los requisitos habilitantes de orden jurídico, técnico, económico y financiero, así como los requisitos ponderables ofertados, durante todo el término de ejecución del contrato.
3. Mantener en forma permanente altos niveles de eficiencia para atender sus obligaciones, de acuerdo con la metodología que para el efecto defina la Sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM.
4. En caso de cualquier novedad o anomalía, reportar la situación de manera inmediata al funcionario encargado de la supervisión del contrato.
5. Colaborar con la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM para que el objeto del contrato se cumpla y que los servicios prestados sean de la mejor calidad y se presten con la oportunidad requerida.
6. Facilitar las actividades administrativas, logísticas, de desplazamiento y las requeridas en general para el cumplimiento de sus obligaciones, la de su personal directo y subcontratistas, en el objeto del presente documento de selección, en especial lo relacionado con capacitaciones.
7. Acatar las instrucciones y observaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM por conducto del supervisor del contrato o quien este designe.
8. El contratista una vez firmado el contrato deberá garantizar los servicios de salud en todos los municipios de la región según el modelo de administración y prestación de servicio definido en el documento de selección y sus anexos, para garantizar a los afiliados la prestación de la totalidad de los servicios del Plan de salud del Magisterio.
9. Acreditar dentro de los sesenta (60) días siguientes a la suscripción del contrato, la legalización de los contratos y de las pólizas de responsabilidad civil médica de cada una de las IPS que componen la red.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1795
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-2) 906 4599 | Cali (57-2) 607 7650

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

10. Las demás contenidas en la Invitación Pública No. 006 de 2017.

- **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA**

➢ **OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SALUD**

1. Garantizar a los afiliados del FNPSM los beneficios del Plan de salud del Magisterio, en el marco del modelo de atención exigido en el documento de selección de contratistas y en condiciones que garanticen la adecuada, integral y oportuna atención de los afiliados, de acuerdo con sus necesidades y cumpliendo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en términos de oportunidad, pertinencia, suficiencia, continuidad e integralidad de la atención.
2. Garantizar el traslado de los pacientes remitidos a otros municipios en los términos establecidos en el Anexo No 01 y 03 del documento de selección de contratistas.
3. Responder de manera integral por el manejo del riesgo en salud y la garantía de los servicios de salud incluidos en el contrato.
4. Implementar mecanismos y procedimientos definidos y documentados en referencia y contra referencia de pacientes, ajustados a las normas que regulan la materia, con mecanismos ágiles, oportunos, apoyados en plataformas de información y comunicaciones que ordenen y faciliten los trámites a los afiliados.
5. Garantizar la atención de los principales riesgos de salud que afectan a los afiliados del Magisterio a través de programas que permitan la estandarización de intervenciones, la optimización de los recursos disponibles, la potenciación de las intervenciones en diferentes planos de la realidad, la minimización de barreras de acceso a la atención, medicamentos o insumos requeridos en el tratamiento, la incorporación rápida de avances tecnológicos, el mejoramiento continuo del proceso de atención y de la competencias del talento humano asociado, una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso al conocimiento de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, opciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones, y generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones.
6. Cumplir con oportunidad en la atención efectiva de los servicios de salud en los términos señalados en el Anexo No 03 del documento de selección de contratistas.
7. El contratista tiene la obligación de prestar todos los servicios establecidos en el Plan de Salud del Magisterio, incluso los que puedan surgir en un futuro por nuevas tecnologías, estén o no contemplados en la red de servicios presentada en la propuesta.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2738 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 3111 | Medellín (57-2) 266 4559 | Cali (57-2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

8. Atender al principio de contigüidad, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina y estructure FIDUPREVISORA S.A en el marco de la política de atención integral en salud del Gobierno Nacional.
9. Sedes Exclusivas: Aportar la documentación necesaria para determinar cuáles de las sedes ofertadas son sedes exclusivas del contratista, y el tipo de sede exclusiva según el censo poblacional del municipio

➢ **OBLIGACIONES OPERATIVAS**

1. De conformidad con el ordenamiento jurídico vigente, realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social de sus trabajadores y exigir igual condición a sus contratistas, para cada pago.
2. Garantizar la permanencia e idoneidad de las personas responsables de la ejecución del contrato y demás obligaciones que se generen en la ejecución del mismo.
3. Utilizar su experiencia, recursos tecnológicos, conocimiento especializado y todos los medios disponibles a su alcance para cumplir a cabalidad con el objeto que se pretende contratar.
4. Implementar en sus sedes los procedimientos y requisitos necesarios para la atención de los usuarios, la inscripción de los beneficiarios y, en general, suministrar la información que requieran los usuarios sobre el proceso de afiliación y la información sobre derechos y deberes, de acuerdo con las pautas y procedimientos establecidos por Fiduprevisora S.A.
5. Organizar y mantener operativa la red de Instituciones Prestadoras de Servicios, incluidos los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, de conformidad con la oferta aprobada, más todos los que sean necesarios para garantizar el Plan de Salud del Magisterio, así como la organización de las Rutas Integrales de Atención en salud, para garantizar en cada uno de los municipios la atención de los afiliados del Magisterio y su tránsito por la red hacia los distintos niveles de complejidad en función de las necesidades de salud, atendiendo el principio de contigüidad, de acuerdo con el Modelo de Prestación de Servicios establecidos en el Anexo 3 del documento de selección de contratistas.
6. Organizar y mantener una red alterna para todos los servicios, incluidos los de apoyo diagnóstico y terapéutico, en todos los niveles de complejidad y en toda la red de servicios, red alterna que sea conocida por los afiliados y su condición de utilización, de modo que se garantice la disponibilidad de la oferta de servicios y la ruta integral de atención ante cualquier contingencia del servicio.
7. Crear y mantener en operación, como instancia administrativa, una Coordinación a nivel de cada departamento, responsable de la organización y administración

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

de la red de servicios de primer y segundo nivel de complejidad, incluidas las actividades de promoción y prevención, y el desarrollo de los programas de prevención secundaria.

8. Crear y mantener en operación como instancia una Coordinación de la red de Servicios a nivel regional, responsable de la organización y administración de la red de servicios de tercer nivel de complejidad.
9. Garantizar la portabilidad del derecho de los afiliados al Sistema de Salud del Magisterio, cuando el usuario requiera trasladarse temporalmente a otra región por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales, de conformidad con lo establecido en el documento de selección de contratistas.
10. Garantizar el funcionamiento y operación de sedes de uso exclusivo para los afiliados del Sistema de Salud del Magisterio en todas las ciudades mayores de 50.000 habitantes y capitales de departamento, así como en los demás municipios con más de 500 afiliados con las condiciones de servicios establecidas en el documento de selección de contratistas.
11. Garantizar en la red de servicios de cada departamento, IPS con servicios de mediana complejidad en todos los municipios con más de 50.000 habitantes y capitales de departamento con menos de 50.000 habitantes, para dar cumplimiento al principio de contigüidad en la organización de la red de servicios y las rutas integrales de atención en salud.
12. Presentar mensualmente la información establecida en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y su consolidado en los FIAS, según establezca Fiduprevisora S.A.; igualmente, la información sobre el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, y las demás notificaciones obligatorias que rigen para el sector salud. El incumplimiento de estas obligaciones, será reportado ante La Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.
13. Contar con solución de software que soporte el Sistema de Referencia y Contrareferencia y consolide las atenciones ofrecidas en toda la red de servicios, de conformidad con lo establecido en los documento de selección de contratistas.
14. Implementar y habilitar, durante las 24 horas del día, y a través de una línea telefónica de uso exclusivo, un único Call Center por región con el fin de brindar una atención óptima a los usuarios, en temas relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud; así como también la difusión permanente de las condiciones de acceso a los servicios de salud y ubicación de la red de servicios. El Call Center deberá tener un sistema para verificar la trazabilidad de la atención prestada, de conformidad a lo establecido en el Anexo No 03 del documento de selección de contratistas.
15. Facilitar la selección de los prestadores de servicios de salud por parte de los afiliados al FNPSM y sus beneficiarios.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1798
Manizales (57-6) 892 5111 | Medellín (57-4) 360 4550 | Cali (57-2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 918015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

16. Implementar estrategias de promoción y apoyo de la participación ciudadana y del ejercicio del control social en salud, incluido el Defensor del Usuario de Salud del Magisterio, facilitando la entrega de la información que permita el ejercicio de su labor, salvo reservas legales.
17. Suministrar información y brindar el apoyo necesario a la supervisión, interventorias, auditorias o misiones especiales que delegue la Fiduprevisora S.A.
18. Efectuar los reportes de información a los organismos de control competentes que así lo soliciten.
19. Asistir obligatoriamente y sin excepción a todos los Comités Regionales de Prestaciones Sociales que se lleven a cabo en los departamentos que compongan la región, en los términos de la convocatoria que realice el Ente Territorial Certificado en Educación, mediante la designación de un funcionario que cuente con poder de decisión.
20. Garantizar la puesta en marcha y operación de las sedes exclusivas y administrativas en los términos y condiciones establecidos en el Anexo No 03 del documento de selección de contratistas.
21. Facilitar y apoyar el ejercicio de la veeduría a través de la capacitación de los veedores.

➢ **OBLIGACIONES FINANCIERAS**

1. Mantener durante todo el periodo de ejecución del contrato una reserva técnica equivalente a la sumatoria de una (1) UPCM mensuales por todos sus afiliados de conformidad con el valor estimado del contrato.
2. Pagar oportunamente a las IPS, proveedores y otros servicios subcontratados que tengan relación directa con el objeto contractual, en los términos señalados en los Artículos 56 y 57 Ley 1438 de 2011.
3. Asumir los riesgos inherentes al servicio contratado y a la forma de pago determinada.

- **OBLIGACIONES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES**

1. Recibir y enviar a su equipo interdisciplinario de calificación, los reportes o avisos de los eventos ocurridos (accidentes o enfermedades) o las solicitudes que sean direccionadas por la Fiduprevisora.
2. Orientar o direccionar ante entidades de salud, diferentes niveles y servicios, especialidades, según pertinencia o lo requerido del caso.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 350 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 6111 | Medellín (57-2) 365 4559 | Cali (57-2) 662 7680

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

3. Realizar el seguimiento de la condición de salud del trabajador, durante las etapas de tratamiento, recuperación y rehabilitación a través de la supervisión o auditoría médica.
4. Emitir las recomendaciones médicas específicas y orientar las actividades de rehabilitación integral.
5. Expedir por parte de los médicos tratantes o que atienden el caso, las incapacidades temporales que sean requeridas.
6. Aportar a los responsables de la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral, información de salud, previo consentimiento informado, según se requiera en el caso.
7. Realizar la remisión al equipo interdisciplinario, para calificación de origen, cuando haya presunción de accidentes y enfermedades laborales, aunque no haya aviso del evento, en los términos dispuestos en la normatividad vigente.
8. Generar las altas médicas que correspondan, por intermedio de los médicos tratantes.
9. Brindar información de pronóstico, rehabilitación, y expedir los demás certificados que sean requeridos para los trámites de calificación y para la emisión de recomendaciones médico laborales.
10. Realizar informes periódicos, según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora S.A.

- **OBLIGACIONES EN EL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN Y DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL (PCL)**

1. Conformar, de manera directa o subcontratado, un equipo interdisciplinario para calificar el origen y/o pérdida de la capacidad laboral de los afiliados y beneficiarios del FNPSM, que lo requiéran para los objetivos definidos legalmente y que deberán cumplir los requisitos de conformación establecidos en el Anexo 5 del presente documento.
2. Coordinar y supervisar los trámites requeridos y la gestión realizada por el equipo interdisciplinario de calificación y garantizar el cumplimiento de sus funciones legales y las dispuestas en el presente documento.
3. Iniciar la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, según los términos y tiempos definidos en la reglamentación vigente, según corresponda.
4. Solicitar la documentación necesaria para la calificación de origen o pérdida de capacidad laboral a las entidades pertinentes según lo dispuesto en la reglamentación vigente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

5. Realizar las pruebas complementarias y las valoraciones especializadas que sean requeridas por el equipo interdisciplinario, para el proceso de calificación de origen y/o de pérdida de capacidad laboral.
6. Realizar la valoración por el médico laboral de la persona sujeto de calificación y solicitud de valoraciones con equipo interdisciplinario según la disciplina que se requiera.
7. Tramitar la calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral con lo existente ante ausencia de la persona a la cita.
8. Notificar el dictamen con sus respectivos fundamentos de hecho y de derecho, al trabajador, a la entidad territorial certificada en educación y entregar copia a la Fiduprevisora S.A.
9. Enviar el caso, por intermedio de su equipo interdisciplinario, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez y hacer el recobro de gastos correspondientes, si se generaran en este proceso.
10. Recibir información del proceso de resolución de controversias en Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.
11. Recepcionar los dictámenes de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.
12. Acreditar en la periodicidad y términos definidos en la reglamentación vigente, la incapacidad permanente de los hijos mayores de 19 años para su inscripción como beneficios en este Régimen Excepcional.
13. Enviar la documentación que Fiduprevisora S.A. requiera para el proceso de pago de las prestaciones a que haya lugar.
14. Realizar informes periódicos, según disposiciones y lineamientos establecidos por Fiduprevisora S.A.

SEXTA.- OBLIGACIONES DEL LA SOCIEDAD FIDUPREVISORA S.A., ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS Y VOCERA DE LA CUENTA ESPECIAL DE LA NACIÓN FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

La Fiduprevisora S.A. administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, se obliga a:

1. Efectuar los pagos del contrato dentro del plazo establecido en el presente documento.
2. Prestar toda la colaboración al **CONTRATISTA** para que el objeto del contrato se desarrolle de conformidad con los términos del presente documento.
3. Tener en cuenta las observaciones y recomendaciones pertinentes que el **CONTRATISTA** le formule en desarrollo de la ejecución del objeto del contrato.

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

4. Las demás que se encuentren contempladas en el documento de selección de contratistas, así como las que por la naturaleza del contrato deban cumplirse en atención a las normas que rigen la materia y además las que se deriven de la suscripción del presente contrato.

SÉPTIMA.- DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS: Los servicios objeto del presente contrato deberán prestarse de acuerdo con las especificaciones técnicas consignadas en el documento de selección de contratistas, los anexos que correspondan y la oferta del **CONTRATISTA**, que hacen parte integral del presente contrato.

OCTAVA - VIGENCIA: La vigencia del presente contrato se extenderá cuatro (04) meses después de vencido el plazo de ejecución.

NOVENA.- LÍMITE DE LAS OBLIGACIONES DE LA FIDUCIARIA: LA FIDUCIARIA no estará obligada a asumir financiación alguna derivada del presente **CONTRATO**, toda vez que obra como vocera y administradora del Patrimonio Autónomo **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, mencionado e individualizado en el encabezamiento.

DÉCIMA.- VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN DEL CONTRATO: La coordinación, vigilancia y supervisión del presente **CONTRATO** será efectuada por el Gerente de Servicios de Salud del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio de Fiduprevisora S.A., quien deberá cumplir con las funciones establecidas en el Manual de Supervisión e Interventoría del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. El supervisor tendrá entre otras, las siguientes funciones:

1. Impartir lineamientos al **CONTRATISTA** sobre asuntos de su responsabilidad y exigirle la información que considere necesaria.
2. Adoptar las medidas de control necesarias que garanticen la ejecución del Contrato.
3. Elaborar Acta de Inicio del respectivo Contrato.
4. Expedir la certificación escrita sobre el cumplimiento y aceptación de los productos del contrato y de las obligaciones del **CONTRATISTA**.
5. Verificar permanentemente y dejar las constancias en los informes que presente, que el **CONTRATISTA** mantiene vigente y al día los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud Pensión y Riesgos Laborales, de conformidad con las normas vigentes al momento de la firma del presente instrumento así como aquellas que se expidan y le sean aplicables hasta su terminación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 365 4539 | Cali (57-2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

6. Vigilar y Supervisar las actividades del **CONTRATISTA**, verificando el cumplimiento eficaz y oportuno de las mismas.
7. Colaborar con **EL CONTRATISTA** para la correcta ejecución del Contrato, velando porque tenga acceso a la información.
8. Apoyar, asistir y asesorar a **EL CONTRATISTA** en todos los asuntos de orden técnico, administrativo, financiero y jurídico que se susciten durante la ejecución del Contrato y hasta su recibo definitivo y liquidación.
9. Hacer seguimiento al cronograma de actividades e informar oportunamente su incumplimiento para efectos de hacer efectiva la garantía.
10. Exigir el cumplimiento del contrato en todas y cada una de sus estipulaciones.
11. Las demás que se requieran para la supervisión del Contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. En ningún caso podrá el Supervisor exonerar al **EL CONTRATISTA** del cumplimiento o responsabilidad derivada de las obligaciones adquiridas contractualmente o por disposición legal, ni tampoco modificar los términos del presente Contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todo lineamiento que imparta el Supervisor deberá constar por escrito.

PARÁGRAFO TERCERO El Supervisor está autorizado para ordenarle al **EL CONTRATISTA** la corrección, en el menor tiempo posible, de los desajustes que pudieren presentarse, y determinar los mecanismos y procedimientos pertinentes para prever o solucionar rápida y eficazmente las diferencias que llegaren a surgir durante la ejecución del Contrato.

PARÁGRAFO CUARTO. El FONDO se reserva el derecho de dirimir las controversias que se presenten entre el Supervisor y **EL CONTRATISTA** en la ejecución del presente Contrato.

DÉCIMA PRIMERA.- PROCESO DE EMPALME ENTRE PRESTADORES EN LOS QUE TIENE QUE VER CON LOS PACIENTES Y SUS DOCUMENTOS ASISTENCIALES

Aspectos Generales

Una vez adjudicada la Invitación Pública No 006 de 2017, en el período denominado como Actividad: Entrega de pacientes, proceso de empalme, que incluye adaptación de instalaciones e inicio de contrato; se debe realizar el empalme para dar continuidad a la prestación de los servicios a los docentes y beneficiarios del Régimen exceptuado; para lo cual se tendrán en cuenta los procedimientos establecidos en el Anexo No. 25.

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 365 4559 | Cali (57-2) 667 7650
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ, EQUIDAD, EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

Para los efectos del empalme, el contratista saliente se obliga a designar un mes antes de la finalización del contrato, a un profesional médico y una asistente exclusivos por cada departamento para la coordinación y cumplimiento de las atenciones, casos y eventos descritos, y para la coordinación y ejecución del plan de acción de entrega de pacientes e historias clínicas a los contratistas entrantes.

El contratista entrante deberá designar en cada Departamento al Coordinador Departamental de la Red de Servicios y hacer operativa su dependencia con equipos y personal en los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la firma del contrato para encargarse del proceso de empalme.

Obligaciones Específicas Proceso de Empalme

1.- Organizar y poner en marcha la organización administrativa para la ejecución del contrato, incluidas las oficinas departamentales y regionales para la coordinación de la red de servicios.

2.- Asistir con al menos dos representantes por cada departamento de la región contratada a las sesiones de capacitación sobre el nuevo modelo de salud organizadas por Fiduprevisora.

3.- Formalizar los contratos de prestación de servicios con la totalidad de las IPS presentadas en la oferta y las que sean necesarias adicionalmente para cumplir con la prestación de la totalidad de los servicios que hacen parte del Plan de Salud del Magisterio, en todos los municipios de la región y organizar la prestación por niveles de complejidad.

4.- Recibir del contratista saliente, por departamento, la información de todos los pacientes en tratamiento, incluidos, hospitalizados, pacientes crónicos, pacientes en programa, procedimientos pendientes y otros, conforme lo establecido en el procedimiento de empalme, para preparar la recepción y atención de los mismos a partir del inicio de la ejecución del contrato.

5.- Desarrollar una página web con información completa del contratista, que incluya direcciones y teléfonos de las oficinas en cada departamento, profesionales responsables de las coordinaciones de servicios y la atención del usuario, números de teléfonos y correos electrónicos para información y PQR.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

6.- Publicar la red de servicios principal y alterna, hasta mediana complejidad para cada municipio, así como la red de alta complejidad para el departamento y la región, de conformidad con la oferta realizada y las IPS adicionales que sean necesarias para cumplir con la prestación de la totalidad de los servicios que hacen parte del Plan de Salud del Magisterio.

7.- Preparar el funcionamiento de las sedes exclusivas externas y aquellas que se adecuan al interior de IPS, con los recursos exigidos por tamaño de municipio, según lo establecido en el Anexo 3 del Documento de Selección de Contratistas.

8.- Presentar la información señalada en los dos ítem anteriores (6 y 7) a Fiduprevisora, por departamento, a las Secretarias de Educación departamentales y distritales, para su difusión en todas las instituciones educativas y a los delegados de FECODE en el respectivo departamento.

9.- Organizar los programas de promoción y prevención en cada departamento con el profesional responsable, así como los programas de prevención secundaria que deben operar en las sedes exclusivas A y B.

10.- Asistir con los responsables del Sistema de Información a las instalaciones de Fiduprevisora, en las fechas que se señale, para coordinar las responsabilidades del Sistema de Información, incluidas bases de datos de afiliados, informes periódicos y desarrollo del Sistema de información conforme a las obligaciones establecidas en el Documento de Selección de Contratistas.

11.- Difundir por al menos dos semanas (la anterior y la primera de la ejecución del contrato), la información sobre el nuevo contratista, sus sedes, las oficinas de atención al usuario, con direcciones y teléfonos en cada departamento, la página web con la información de servicios y el call center, a través de los medios de comunicación con mayor penetración en cada departamento, invitando al afiliado del Magisterio a informarse sobre la nueva red de servicios.

12.- Y las demás que se deriven de esta actividad.

LISTADO DE PACIENTES HOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS o con procedimientos diagnósticos o terapéuticos pendientes que deben ser reportados cinco días hábiles antes de la finalización del contrato.

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1795
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7650
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 918015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

FIDUPREVISORA S.A., solicitará por escrito a los contratistas salientes, cinco días hábiles antes de la terminación de los contratos vigentes, que procedan a entregar a los contratistas seleccionados en la Invitación Pública No 006 de 2017, el listado de pacientes a su cargo por departamento, así como las historias clínicas, todo en medio magnético, con sus nombres completos, número de documentos de identidad, teléfono y direcciones. Esta información será facilitada igualmente a los contratistas entrantes respecto a los departamentos que le correspondan. La información anterior comprende los siguientes tipos de pacientes:

a). Pacientes hospitalizados.

Los listados deben contener la identificación del paciente, fecha de ingreso, nombre del centro hospitalario donde se encuentran hospitalizados, el o los diagnósticos de la patología y el nombre de los centros médicos donde se encuentren hospitalizados, incluyendo ciudad sede de centro médico y su dirección. Esta información se actualizará el día hábil anterior a la finalización del contrato. Los contratistas salientes deberán relacionar por escrito a los entrantes, aquellos casos que el tratamiento hospitalario debe continuar y que a su juicio no puedan ser trasladados, por el riesgo que ello conllevaría para la salud de los pacientes. Los contratistas salientes seguirán siendo responsables de la atención de estos pacientes hasta cuando puedan ser trasladados, en el caso de patologías agudas. En el caso de patologías crónicas, se debe reportar a la IPS que tiene hospitalizado el paciente que queda a cargo del nuevo contratista a partir de la finalización del contrato. En caso de que una IPS contratada (distinta a uno de los contratistas salientes) no acepte el cambio de responsable, el contratista saliente deberá seguir asumiendo esta atención, pero tendrá derecho a reembolso por parte del contratista entrante. Dicho reembolso se solicitará con copia a Fiduprevisora.

b). Pacientes con procedimientos pendientes, sean quirúrgicos o de apoyo diagnóstico.

El listado a recibir por parte de los operadores entrantes debe tener la identificación del paciente, la fecha programada para la realización del procedimiento pendiente, nombre del centro médico a donde está programada la realización del procedimiento, el diagnóstico, nombre del procedimiento y las causas por la cuales no se ha realizado. Si dentro de los 60 días siguientes a la finalización del contrato, se comprueba que el contratista saliente no entregó completo el listado de procedimientos pendientes, éste asumirá el costo de los mismos una vez se realicen. Si dentro de los mismos 60 días Fiduprevisora comprueba por auditoría, tutelas o PQR que algunos procedimientos pendientes obedecieron a falta grave de oportunidad en la autorización, remisión o

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2723 | Cartagena (57 5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-4) 266 4550 | Cali (57-2) 667 7690
Fiduprevisora S.A. N.I.T 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

realización del procedimiento por parte del contratista saliente, el procedimiento y la atención respectiva correrán a cargo del contratista entrante, pero este podrá solicitar a través de Fiduprevisora el reembolso con cargo al contratista saliente antes de la respectiva liquidación. Listado de pacientes con patologías crónicas que deben ser reportados 15 días hábiles antes de la finalización del contrato en cada departamento por el contratista saliente y ubicado y notificado para su atención, por parte del contratista entrante, cinco días hábiles antes del inicio de la ejecución del contrato.

c). Pacientes con patologías crónicas, y con atenciones de programas especiales.

De las siguientes patologías crónicas, se debe incluir en el listado la fecha de la cita que tengan programada los pacientes para su realización, de acuerdo con la periodicidad de sus controles, así como el sitio donde se realizarán los mismos.

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Control prenatal
- Crecimiento y Desarrollo
- Pacientes manejados con medicamentos de estrecha ventana terapéutica como pacientes anticoagulados y con trastornos epilépticos.
- Pacientes oxigeno-requirientes
- Patologías Endocrinológicas • Enfermedades Degenerativas
- Enfermedades huérfanas
- Trastornos mentales graves
- Farmacodependencia.

d). Pacientes con VIH-SIDA.

El listado debe contener la identificación del caso, los tratamientos instaurados, y se debe mantener en la entrega de la información de estos casos, toda la confidencialidad que las normas contemplan.

e). Pacientes con Enfermedades Catastróficas.

Comprende Cáncer terminal, Insuficiencia Renal Crónica, Insuficiencia Cardiovascular que requiera revascularización. El listado de los pacientes con estas patologías debe incluir la identificación del paciente, diagnóstico confirmado, centro hospitalario donde está o será atendido y el plan de manejo médico que mantiene. Pacientes que deben ser

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111 | Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796 | Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
Manizales (57 6) 873 5111 | Medellín (57 4) 365 4850 | Cali (57 2) 667 7690 | servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

reportados en cada departamento por el contratista saliente diez días hábiles antes de la finalización del contrato y ubicados por el contratista entrante para la continuidad de su tratamiento cinco días hábiles antes del inicio de la ejecución.

f). Pacientes con fallos de tutelas.

Las tutelas que hayan sido falladas a favor del usuario en fechas anteriores a las del traslado de los usuarios a los nuevos operadores, así como las que se fallaren posteriormente pero que se hayan impetradas durante el tiempo en que aún se encontraba el usuario afiliado al operador saliente, y que sean como consecuencia de fallas en la prestación de los servicios o por incumplimiento del plan de beneficios del Magisterio, debe ser atendidas por parte de los operadores de donde se retira el usuario. Este listado de tutelas debe incluir la identificación del caso, el diagnóstico, lo ordenado por la autoridad judicial, el plan de manejo, número del juzgado y municipio sede del mismo y el centro hospitalario donde es atendido el usuario de la patología o servicio que generó la tutela.

OTROS:

Reembolsos. A la fecha de traslado de los usuarios a los nuevos operadores seleccionados, los operadores salientes deberán tener resueltas todas aquellas solicitudes de reembolsos que les hayan radicado hasta la fecha de inicio de la operación de los nuevos prestadores.

Una vez realizado el cambio de contratista, los usuarios que tengan solicitudes pendientes de reembolsos con fecha anterior a la de traslado, deberán realizar la radicación de la solicitud de reembolso ante el operador de donde se retiró, que debe dar una respuesta a la misma. Si el solicitante no queda satisfecho con la respuesta y/o con el pago recibido, acudirá como segunda instancia a Fiduprevisora S.A, que determinará la pertinencia o de la respuesta, de acuerdo con el análisis de la documentación que se aporte por parte del usuario. Tanto el usuario como el operador saliente acatarán la decisión que sobre estas situaciones, resuelva la Fiduprevisora. Para estos reembolsos hay un plazo máximo de dos meses a partir del traslado efectivo del usuario para la procedencia de estas solicitudes ante la Fiduprevisora, que comprende los 30 días de los que dispone el afiliado para radicar ante el operador al que pertenecía, y 30 días más para la segunda instancia frente a discrepancias.

Medicamentos. Los medicamentos formulados durante los últimos 30 días del contrato de los operadores salientes tienen que ser entregados por éstos. De igual forma el

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 360 4558 | Cali (57-2) 667 7650
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

contratista saliente debe entregar aquellas fórmulas periódicas mensuales o trimestrales que requieran los pacientes crónicos de los diferentes programas, o los prescritos por los médicos tratantes, y hasta por un periodo de 30 días posterior a lo entregado en el último control. Las fórmulas de patologías agudas que tengan una fecha de más de 30 días de su formulación no serán entregadas y el usuario deberá ser evaluado con cargo al contratista entrante.

Consideraciones generales. Las historias clínicas de pacientes de casos especiales serán entregadas a los nuevos operadores antes de 24 horas de finalizar el contrato de los operadores salientes, a excepción de las de los pacientes hospitalizados. De igual manera el contratista saliente está obligado a entregar a los entrantes dentro de los 8 días siguientes a la terminación de los contratos, las historias clínicas de los usuarios, de manera completa, oportuna y ordenada y con todos los aspectos médicos y administrativos que la misma contenga. Estos últimos deben incluir la totalidad de documentos que acrediten la calidad de usuarios.

Esta entrega se inicia desde el mismo momento en que se comunique la entrega a los nuevos operadores y para estos efectos, ambos contratistas, saliente y entrante, deberán proveer todo el recurso humano y apoyo logístico que se requiera para este proceso de entrega. Para los contratistas entrantes, la Fiduprevisora les entregará la base de datos inicial de afiliados, la cual será la base para el primer pago.

MANEJO DE PATOLOGÍAS

Aspectos específicos

El contratista saliente tiene la obligación contractual de culminar todas las atenciones previstas para el usuario, tales como exámenes diagnósticos, formulación, procedimientos, hospitalizaciones, cirugías, suministro de medicamentos y demás ayudas diagnósticas y de complementación terapéutica, que se ordenaron durante la ejecución del contrato sin interrupción de la secuencia lógica de la atención y hasta la terminación del mismo. La programación de atenciones requeridas por los afiliados y beneficiarios debe corresponder con el plazo del contrato y no se debe programar atención alguna para fecha posterior a su terminación, exceptuando los casos en que exista una indicación médica precisa y objetiva.

Patologías crónicas

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

El contratista saliente tiene la responsabilidad dentro del manejo de este tipo de patologías de garantizar el suministro de medicamentos no solo hasta la fecha de terminación del contrato, sino por los 30 días completos hasta el nuevo control.

Patologías agudas

El conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y suministros a pacientes con patologías agudas es obligación de realizarlas por el contratista saliente y no sólo hasta la fecha de culminación del contrato, sino por el tiempo que los criterios de racionalidad técnico-científica lo indiquen frente a la solución de la enfermedad.

Pacientes hospitalizados

El contratista saliente está obligado a entregar al entrante, una vez terminado el contrato, todos los pacientes hospitalizados, dentro y fuera de cada región, y de acuerdo con las consideraciones arriba anotadas.

REPRESAMIENTOS QUIRÚRGICOS

Son todas aquellas actividades que, procedimientos y servicios no asumidos por el contratista saliente, no obstante que de acuerdo con la racionalidad técnico-científica, a estándares de suficiencia, oportunidad y pertinencia, debieron ser realizados durante la ejecución del contrato. Si algún usuario rehusó realizarse cualquier procedimiento indicado, deberá estar consignado en la historia clínica como declaración expresa del paciente y esto será comunicado a la Fiduprevisora.

La no realización de procedimientos, actividades o servicios pendientes se considera represamiento y los costos de los mismos serán descontados del último pago del contrato o en la liquidación del mismo.

Los contratistas entrantes, a partir de la fecha de recibo de las historias clínicas y soportado en actas respectivas, tendrá 30 días calendarios para comunicar a la Gerencia de Servicios de Salud todas las actividades, procedimientos o servicios represados, con los soportes respectivos, tales como: Órdenes de servicios, historias clínicas, documentos que soporten la declaración de los eventos dejados de realizar, expresados por los pacientes. De igual manera el contratista entrante dentro de los 30 días calendarios mencionados, dará traslado al contratista saliente del total de represamientos, con el fin de que este desvirtúe o acepte los casos presentados. Si el contratista entrante no cumple esta disposición, asumirá el costo de tales atenciones.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

fiduprevisora

siempre

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

El contratista saliente tendrá la obligación dentro de un plazo máximo de 20 días calendario a partir del vencimiento de los 30 días iniciales, de realizar el cotejo y dar respuesta de lo recibido y entregarlo a Fiduprevisora y al contratista entrante.

Si entre los contratistas entrantes y salientes llagaren a presentarse desacuerdos sobre los casos represados y su costo, deberán en un lapso improrrogable de 10 días a partir de los 20 últimos mencionados llegar a acuerdos, los cuales quedarán consignados en actas.

La Gerencia de Servicios de Salud, en últimas, definirá bajo parámetros técnico-científicos los casos de represamiento de procedimientos, intervenciones y actividades sobre los cuales no se logró establecer acuerdos en lo que tiene que ver con casos y valores de los mismos, y se descontará de los contratistas salientes, a tarifas SOAT, el valor de los casos represados comprobados. Aquellos casos que se compruebe que no encajan dentro de los criterios de demanda represada, serán asumidos por los contratistas entrantes.

INFORMACIÓN SOBRE RED DE SERVICIOS PRINCIPAL Y ALTERNA DEL NUEVO CONTRATISTA A LOS AFILIADOS DE CADA DEPARTAMENTO, POR MUNICIPIO, HASTA LA MEDIANA COMPLEJIDAD Y POR DEPARTAMENTO PARA LA ALTA COMPLEJIDAD.

El contratista entrante deberá difundir a través de su página web la red de servicios principal y alterna hasta la mediana complejidad para cada municipio, de conformidad con la oferta presentada, cinco días hábiles antes de la iniciación de la ejecución del contrato. Deberá reportar copia de esta información a Fiduprevisora y darla a conocer igualmente a los representantes de FECODE y a la Secretaría de Educación en cada Departamento, para ser distribuida en todos los centros educativos. Incluye información detallada sobre las sedes exclusivas que se pondrán en funcionamiento en cada municipio y los servicios que prestarán.

El contratista entrante deberá difundir a través de su página web la red principal y alterna de alta complejidad por cada departamento y para toda la región, de conformidad con la oferta presentada, cinco días hábiles antes de la iniciación del contrato. Deberá reportar copia de esta información a Fiduprevisora y darla a conocer igualmente a los representantes de FECODE y a la Secretaría de Educación en cada Departamento, para ser distribuida en todos los centros educativos.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111 | Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796 | Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7080 | servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

INFORMACIÓN SOBRE OFICINAS DEL CONTRATISTA, COORDINADORES DE LA RED DE SERVICIOS DEPARTAMENTAL Y REGIONAL Y OFICINAS DE ATENCIÓN AL USUARIO. CALL CEMTER: FORMATO UNICO PARA PQR Y DIRECCIONES, TELÉFONOS Y CORREOS ELECTRONICOS PARA INFORMACIÓN Y PQR.

El contratista entrante deberá difundir a través de su página web, cinco días hábiles antes de la iniciación del contrato, información sobre oficinas del contratista, coordinación de la red de servicios departamental y regional y oficinas de atención al usuario. Número gratuito del call center: formato único para Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), y direcciones, teléfonos y correos electrónicos (u otros medios tecnológicos) para solicitar información y presentar PQR.

El contratista nuevo deberá igualmente utilizar los medios de comunicación con mayor audiencia en cada departamento para informar el inicio de la prestación del servicio para el Sistema de Salud del Magisterio, junto con la dirección de la página web, el número de teléfono y la dirección de la oficina principal, en el departamento por dos semanas: la inmediatamente anterior y la inmediatamente siguiente al inicio de la ejecución del contrato.

PLAZOS PARA TRAMITE DE CUENTAS DE FONDO DISTRIBUCION DE RIESGO.- a) Radicación: Dentro del mes siguiente a la generación del hecho objeto de recobro. b) Respuesta a Glosas: Dentro del mes siguiente a la notificación. c) Conciliación de Glosas: Deberá asistir la persona autorizada por escrito por el Representante Legal con la facultad para adelantar la conciliación y asumir lo que de ella se derive, incluida la suscripción del acta final de conciliación. Solo se permitirá la reprogramación por una sola vez. En caso de no cumplirse con estos plazos se entenderá aceptada la glosa, lo que se demuestra con el debido soporte de notificación. d) En lo que no hay acuerdo entre la firma auditora y el contratista se tendrá como última instancia la Gerencia de Salud, quien deberá dirimir mediante acta las controversias.

DÉCIMA SEGUNDA.- GARANTÍAS: EL CONTRATISTA garantizará el cumplimiento de las obligaciones que adquiere con el contrato, mediante la constitución de póliza(s) con una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, con matriz aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia, y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de perfeccionamiento del contrato, de una garantía única, que ampare los riesgos que a continuación se mencionan:

A. PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO: El CONTRATISTA deberá constituir y entregar la garantía única por un valor equivalente al 10% del valor total del contrato de

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7650

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

acuerdo con la región, vigente por el término de ejecución del contrato y seis (6) meses más.

B. **PÓLIZA DE CALIDAD DEL SERVICIO: El CONTRATISTA** deberá constituir y entregar la garantía única por un valor equivalente al 2.5% del valor total del contrato de acuerdo con la región, vigente por el término de ejecución del contrato.
C. **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: El CONTRATISTA** deberá constituir esta póliza con el amparo a terceros derivada de la ejecución directa del contrato o a través de sus subcontratistas, equivalente al 5% del valor del contrato y el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) SMMLV y la vigencia de esta garantía deberá ser igual al plazo de ejecución del contrato.
D. **PÓLIZA DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES: El CONTRATISTA** deberá constituir dicha póliza por el 5% del valor total del contrato, vigente por el término de ejecución del contrato y tres (3) años más.
E. **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA: El CONTRATISTA** deberá exigir la póliza de responsabilidad civil medica primaria a las IPS que conforman su red, y se debe constituir la póliza de responsabilidad civil medica secundaria que opere en exceso de la primera, cuyo valor asegurado sea un monto fijo no menor a los $4.000.000.000, por el año, la cual deberá ser renovada anualmente.

PARÁGRAFO PRIMERO: Para efectos de la expedición de la póliza el valor del presente contrato será la suma de **SEISCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($660.349.972.575,00).**

PARÁGRAFO SEGUNDO: CONDICIONES GENERALES PARA TODAS LAS PÓLIZAS. Las vigencias de todos los amparos deberán ajustarse a las fechas de suscripción del contrato, y de la terminación del plazo de ejecución del mismo, según sea el caso. El hecho de la constitución de estos amparos no exonera al **CONTRATISTA** de las responsabilidades legales en relación con los riesgos asegurados. Dentro de los términos estipulados en el contrato, ninguno de los amparos otorgados podrá ser cancelado o modificado sin la autorización expresa de la Sociedad **FIDUPREVISORA S.A.**, administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM.

El CONTRATISTA deberá mantener vigente las garantías, amparos y pólizas a que se refiere esta cláusula y serán de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, mantenimiento y restablecimiento inmediato de su monto, cada vez que se disminuya o agote por razón de las sanciones que se impongan.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 917015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

fiduprevisora

siempre

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

Si el **CONTRATISTA** no modifica las garantías, éstas podrán variarse por la aseguradora o banco a petición de la sociedad **FIDUPREVISORA S.A.**, administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM y a cuenta del **CONTRATISTA** quien por la firma del contrato que se le adjudique autoriza expresamente a la sociedad **FIDUPREVISORA S.A.**, administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM para retener y descontar los valores respectivos de los saldos que hubiere a su favor, sin que por ello se entienda que la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM asume la responsabilidad de la ampliación de los amparos y pago de las primas, los cuales son responsabilidad del contratista.

En la garantía debe quedar expresamente consignado que se ampara el cumplimiento del contrato. Así mismo deberá constar que la aseguradora renuncia al beneficio de excusión.

Estos mecanismos de cobertura son requeridos por la FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM teniendo en cuenta que el objeto de las mismas, sirven para respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surgen a cargo del contratista frente a la administración y /o terceros, por razón de la celebración, ejecución y liquidación del contrato.

PARÁGRAFO TERCERO: RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA Cuando el contratista incumpla su obligación de obtenerla, ampliarla o adicionarla deberá restablecerla a más tardar dentro de los cinco días siguientes al requerimiento efectuado por el Ordenador del Gasto o Competente Contractual.

El contratista deberá mantener indemne a la sociedad FIDUPREVISORA S.A., administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación FNPSM, de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa las actuaciones propias de éste, y que se originen como consecuencia de la celebración, ejecución y liquidación del contrato.

PARÁGRAFO CUARTO: En el evento de presentarse incumplimiento total o parcial a los compromisos definidos en el cronograma de actividades o de cualquier otra obligación asumida por **EL CONTRATISTA**, **El CONTRATANTE** hará efectiva la póliza ante la aseguradora.

PARÁGRAFO QUINTO: No se iniciará la ejecución del contrato hasta tanto **EL CONTRATISTA** entregue las pólizas con el correspondiente recibo de pago expedido

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 350 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-4) 266 4550 | Cali (57-2) 667-7650

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

por la compañía aseguradora y ésta sea aprobada por el **CONTRATANTE.**

PARÁGRAFO SEXTO: Las pólizas deberán ser a favor de **ENTIDADES ESTATALES** y el Beneficiario de las pólizas de seguro es **LA NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO y/o FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., NIT 830.053.105-3**. Los gastos de constitución de la póliza y el pago de la prima correspondiente serán por cuenta de **EL CONTRATISTA.**

PARÁGRAFO SÉPTIMO: En el evento en que **EL CONTRATISTA** no entregue a **FIDUPREVISORA S.A.,** las pólizas exigidas para la ejecución del contrato, dentro de los términos establecidos en ésta cláusula, **FIDUPREVISORA S.A.** dará por terminado el contrato por falta del requisito indispensable para su ejecución de acuerdo al artículo 41 de la Ley 80 de 1993, sin indemnización ninguna a favor del **CONTRATISTA** y hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta.

DÉCIMA TERCERA: PROCEDIMIENTO EXTRAORDINARIO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO- Si el servicio que fuera a garantizar el derecho fundamental a la salud no se presta oportunamente por el **CONTRATISTA** al usuario, conforme a los tiempos de respuesta efectiva dispuestos en el acápite denominado **OPORTUNIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD** consagrado en el Anexo 3 del presente documento de selección de contratistas, con la red propia o con la red alterna, la **FIDUPREVISORA S.A.** administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio autorizará la prestación del servicio de salud no prestado a una entidad de salud previamente determinada por dicha entidad y los costos que se origen por dicho evento se deducirán de las facturas presentadas por el **CONTRATISTA** para su pago, en el mes siguiente. Para la aplicación del mecanismo por parte de los usuarios se requiere reportar la negación del servicio en los casos que corresponda, y la respectiva notificación a la **FIDUPREVISORA S.A.** administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales, para gestionar la prestación en la red adicional extraordinaria autorizada por la Fiduprevisora S.A.

DÉCIMA CUARTA. PENAL PECUNIARIA: En caso de incumplimiento total o parcial de cualquiera de las obligaciones que adquiere el **CONTRATISTA** en virtud del presente Contrato, se generará a su cargo el pago de una cláusula penal cuyo monto será por el diez por ciento (10%) del valor total del contrato; la pena no exime al Contratista del cumplimiento de la obligación principal, ni del pago de los perjuicios que superen el valor

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7680

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

de este porcentaje en los términos del artículo 1594 y SS del Código Civil y demás normas concordantes.

PARÁGRAFO PRIMERO: El cobro de la cláusula penal tendrá el siguiente procedimiento:1) El CONTRATANTE informará por escrito al **CONTRATISTA** una vez tenga conocimiento del incumplimiento en los términos establecidos en esta cláusula. 2) **EL CONTRATISTA**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recibo del requerimiento del **CONTRATANTE**, deberá emitir una respuesta, fundamentando las razones de su desacuerdo en caso de que haya lugar.3) **EL CONTRATANTE** evaluará las explicaciones establecidas por **EL CONTRATISTA** y tomará la decisión final si da lugar al pago de perjuicios. Para tal efecto entregará al **CONTRATISTA** comunicará la decisión dentro de los siete (7) días hábiles siguiente a la respuesta del Contratista 4) En el evento en que **EL CONTRATISTA** se encuentre de acuerdo con el requerimiento de la **FIDUCIARIA** bastará una comunicación en tal sentido dentro del término establecido para tal efecto. El vencimiento de los cinco (5) días hábiles referidos sin que el **CONTRATISTA** remita la comunicación de aceptación, se entenderá como conformidad de la decisión adoptada.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Una vez surtido el trámite enunciado en el parágrafo anterior, **EL CONTRATANTE** hará efectiva esta cláusula de conformidad con la normatividad aplicable a la materia.

PARÁGRAFO TERCERO: La efectividad de la pena pecuniaria no impide al **CONTRATANTE** la aplicación y cobro de las demás sanciones contractuales, ni el ejercicio de las acciones previstas en las leyes vigentes.

DÉCIMA QUINTA.- CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El **CONTRATISTA** se compromete a mantener en secreto todos los datos concernientes al desarrollo del presente objeto contractual y se abstendrá de utilizar para fines distintos de los expresamente pactados, cualquier información que el **CONTRANTE** le pueda facilitar a efectos del cumplimiento del presente contrato, esta obligación persistirá de forma indefinida incluso con posterioridad a la terminación de la relación contractual.

El deber de confidencialidad desaparecerá en aquellos supuestos en los que la información en cuestión haya devenido del dominio público. El **CONTRATISTA** adoptará cuantas medidas sean precisas a fin de que los terceros no puedan acceder a la información confidencial facilitada por el **CONTRATANTE**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5133
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1798
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 305 4539 | Cali (57-2) 567 7060
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919017
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

El **CONTRATANTE** se compromete a considerar como documentación confidencial, todos aquellos materiales que reflejen las propuestas de ideas, creaciones y planes de campañas publicitarias que le presente el **CONTRATISTA** y que aquel rechace, y en consecuencia no podrá hacer ningún uso por sí mismo o por parte de terceros de dicha documentación y asimismo, deberá adoptar cuantas medidas sean precisas a fin de que terceros no puedan acceder a dicha documentación creada y desarrollada por el **CONTRATISTA.**

EL CONTRATISTA se obliga para con el **CONTRATANTE,** actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM a no suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación clasificada todos los aspectos relacionados con el presente contrato, así como del servicio objeto del mismo

En virtud del presente Contrato el **CONTRATISTA** y el **CONTRATANTE** se obligan a no divulgar ni revelar, en forma alguna, estudios, planes, programas, know how, negocios, costos, proveedores, clientes e infraestructura, a la cual tendrán acceso y que será revelada por una parte a la otra, y en general cualquier información que pudiese obtener, ya sea con autorización o sin ella, en desarrollo de las actividades que realicen en cumplimiento del presente Contrato.

Para tal efecto, en consideración a lo establecido en la legislación vigente y a lo dispuesto por las normas que regulan la materia, toda información que circule, se conozca, se solicite, se transfiera a través de canales alternos y medios de distribución digital o análoga conocidos o por conocer deberán reunir los siguientes requisitos de confidencialidad, calidad y seguridad:

a) **Duración de confidencialidad:** La obligación a que se refiere el apartado anterior, tendrá vigencia aún después de concluida la relación principal entre el **CONTRATISTA** y el **CONTRATANTE**, por un período de tres (3) años contados a partir de la fecha de terminación del presente Contrato, con el fin de proteger la confidencialidad de todos los intereses anteriormente descritos.

b) **Información confidencial:** Tendrá el carácter de confidencial toda información que repose en los archivos, sea esta comercial, profesional, técnica, administrativa y financiera así como a la que tenga acceso la parte receptora con ocasión de o en desarrollo de las actividades de esta oferta, cualquiera que sea la forma en que se pueda llegar a conocer la información, y cualquiera que sea el formato en que se conserve ésta, en adelante la Información Confidencial.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 266 4559 | Cali (57-2) 667 4680

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

c) **Propiedad Industrial:** En virtud de este servicio el **CONTRATISTA** y el **CONTRATANTE** se obligan a no divulgar ni revelar, en forma alguna, datos, especificaciones, técnicas, secretos, métodos, sistemas y en general cualquier mecanismo relacionado con la tecnología e información a la cual tendrán acceso y que será revelada por una parte a la otra. En caso de existir alguna duda en cuanto si alguna información es un secreto comercial esta deberá ser tratada como confidencial y, por ende, estará sujeta a los términos de este contrato.

Los datos, información y resultados que sean revelados por una parte a la otra o a los que tenga acceso el receptor de la misma serán propiedad de la parte revelante y constituyen un secreto industrial de esta y por lo que el receptor no podrá divulgarlos sin la autorización expresa y por escrito de la parte revelante. En lo no previsto en esta condición, se aplicará lo dispuesto en la Decisión 486 de 2000 de la Comunidad Andina *"Régimen de Protección de Propiedad Intelectual"*; Ley 256 de 1996 *"Ley de Competencia Desleal"* y demás leyes civiles, mercantiles y penales que en el futuro las adicionen, aclaren o modifiquen.

d) **Exclusiones:** No obstante lo previsto anteriormente, esta condición no aplicará a ninguna información que el **CONTRATISTA** y/o el **CONTRATANTE** puedan demostrar que:

- Estaba en el dominio público al momento de su divulgación.
- Después de su divulgación, fue publicada, o bien llega a formar parte del dominio público sin que esto represente falta alguna por la parte receptora.
- Fue recibida después de su divulgación de una tercera parte que tenía el derecho legítimo de divulgar tal información.
- Fue independientemente desarrollada por la parte receptora sin referencia a la información confidencial de la parte que la suministra.
- Estaba en posesión de la parte receptora al momento de su divulgación.

e) **Deber de reserva:** El **CONTRATISTA** y el **CONTRATANTE** reconocen el dominio de la información a la cual tendrán acceso y que será revelada por una parte a la otra, obligándose a administrarla, guardarla, custodiarla y conservarla bajo la más estricta reserva. Para tal efecto deberá usar las medidas de seguridad que sean necesarias para manejar la Información Confidencial, manteniendo un grado de cuidado eficaz.

El **CONTRATISTA** y el **CONTRATANTE** se abstendrán de revelar a cualquier título la Información Confidencial a personas distintas de sus empleados, contratistas y dependientes, y sólo para efectos de la ejecución de esta oferta. El **CONTRATISTA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111 | Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796 | Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-4) 305 4559 | Cali (57-2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

y el **CONTRATANTE** adoptarán las medidas necesarias para instruir a tales personas acerca del cumplimiento de esta obligación, salvo que exista orden de autoridad competente.

f) **Manejo de documentación:** Toda documentación en medio físico o magnético que reciba el **CONTRATISTA** y/o el **CONTRATANTE** y que será revelada por una parte a la otra, en desarrollo de las actividades del presente contrato deberá ser devuelta a la parte que la revela.

Cuando el **CONTRATISTA** y/o el **CONTRATANTE** tengan conocimiento de la pérdida, destrucción no autorizada, hurto o robo de los documentos objeto de las transacciones y/u operaciones celebradas en desarrollo del presente Contrato, la parte que sufra el extravío se compromete a avisar a la otra en forma telefónica y por escrito el mismo día en el cual ocurra o conozca del siniestro. Igualmente, deberá presentar copia de la denuncia instaurada sobre el hecho o siniestro si fuera el caso, a fin de tomar las medidas necesarias tendientes a evitar el uso fraudulento de los documentos siniestrados, iniciar los trámites y gestiones pertinentes para lograr la reproducción de los documentos hurtados, destruidos, extraviados, sin perjuicio de las acciones de responsabilidad correspondientes.

g) **Efectividad, Confiabilidad y Eficiencia de la Información:** La información que sea recopilada, poseída, manejada, intercambiada, distribuida o almacenada debe ser pertinente, oportuna, correcta, útil, veraz. Además deberá haber sido obtenida de forma transparente y lícita, y debe ser creíble, fidedigna, y sin error.

h) **Integridad y disponibilidad de la Información:** La información debe conservarse en un lugar seguro y disponible en el momento necesario, en los dispositivos disponibles y sólo para quien lo precise, y esté autorizado en debida forma, proporcionando herramientas y procesos que permitan encriptarla, descifrarla, actualizarla y eliminarla.

i) **Consecuencias:** El incumplimiento de las obligaciones aquí previstas, dará lugar al pago de una indemnización a favor del **CONTRATANTE** y/o del **CONTRATISTA**, por los perjuicios directamente causados, sin perjuicio de la facultad de hacer cesar los efectos del presente Contrato.

j) **Restitución y/o Destrucción de la Información:** El **CONTRATISTA** y/o el **CONTRATANTE**, se restituirán mutuamente dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la terminación del Contrato, o cuando la otra parte lo solicite, toda la

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1795
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-2) 366 4580 | Cali (57-2) 667 7080

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 918015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

información recibida de éste o por cuenta de éste, o en desarrollo del presente Contrato.

En el evento de realizar la destrucción de la información, la parte que la destruya deberá presentar el certificado de Destrucción de la información confidencial dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la terminación del Contrato y/o a la solicitud efectuada por la otra parte.

En caso de incumplimiento injustificado de esta obligación, el **CONTRATISTA** deberá pagar al **CONTRATANTE** una suma de dinero equivalente a **UN MIL SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES**, liquidada al momento en que se declare tal incumplimiento. El procedimiento para imponer esta sanción será el establecido en este contrato para la imposición de la cláusula penal

DÉCIMA SEXTA.- EXCLUSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL Y AUTONOMÍA PROFESIONAL: Queda expresamente entendido que no habrá vínculo laboral alguno entre **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.** y/o el **FONDO** y **EL CONTRATISTA**, incluyendo sus empleados, dependientes o **EL CONTRATISTA**. Por lo tanto, **EL CONTRATISTA** es el único responsable del pago de sus salarios, honorarios o emolumentos, según se trate y como consecuencia de ello, declara indemne a **FIDUPREVISORA S.A.** y al patrimonio autónomo **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO FOMAG.** Por tratarse de un contrato de prestación de servicio, es sobreentendido que **EL CONTRATISTA** puede realizar autónomamente otras actividades conforme a su objeto social.

DÉCIMA SÉPTIMA. SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES: EL CONTRATISTA deberá acreditar el cumplimiento de sus obligaciones relativas al pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales. Dicha acreditación deberá efectuarla **EL CONTRATISTA** ante el supervisor del contrato, quien certificará su cumplimiento como requisito previo para el desembolso de cualquier suma de dinero con ocasión del contrato.

DÉCIMA OCTAVA. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES: EL CONTRATISTA deberá afiliar al personal bajo su cargo a la Sistema General de Riesgos Laborales, cualquier accidente o enfermedad profesional ocasionada durante la ejecución del presente contrato exonera a **FIDUPREVISORA S.A.** y al patrimonio autónomo **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO FOMAG** de cualquier clase de responsabilidad directa o indirecta sobre el particular.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 456 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-4) 369 4559 | Cali (57-2) 667 7650
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA exonera a **FIDUPREVISORA S.A.** y al patrimonio autónomo **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO FOMAG** de cualquier clase de responsabilidad directa o indirecta, en caso de cualquier accidente o enfermedad profesional de sus empleados o contratistas ocasionada durante la ejecución del presente contrato.

DÉCIMA NOVENA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El **CONTRATISTA** declara, bajo juramento, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o de incompatibilidad contempladas en la Constitución Política, el Artículo 8º de la Ley 80 de 1993, el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, Artículos 3, 5 y 90 de la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción", 2.2.1.1.2.2.8., del Decreto 1082 de 2015 y demás normas concordantes en general de acuerdo con lo previsto en el numeral 4º del Artículo 38 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único), en concordancia con el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

VIGÉSIMA.- CESIÓN: Por tratarse de un contrato intuito-persona el **CONTRATISTA** no podrá ceder el presente contrato en todo, ni en parte a persona alguna, natural o jurídica, nacional o extranjera sin el consentimiento previo, expreso y escrito de **FIDUPREVISORA S.A**, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM, no quedando éste obligado a dar las razones que le asistan para negarlo.

VIGÉSIMA PRIMERA.- CESIÓN DE LOS DERECHOS DE CONTENIDO PATRIMONIAL: En caso de que **EL CONTRATISTA** decida efectuar una cesión y/o pignoración de los derechos económicos de contenido patrimonial derivados del presente contrato, deberá solicitar su aceptación y notificación por parte A LA FIDUPREVISORA S.A, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM, con fundamento en los Artículos 1.959 y siguientes del Código Civil, en concordancia con los Artículos 651 y siguientes del Código de Comercio. **EL CONTRATISTA**, deberá anexar como mínimo los siguientes documentos: **1)** Contrato de cesión y/o pignoración de derechos económicos del contrato objeto de la cesión, firmado por el cesionario y el cedente donde se relacione en forma explícita lo siguiente: **a)** valor de la cesión, **b)** especificar si la cesión obedece al contrato principal y/o contratos adicionales, **c)** Aceptación por parte del cesionario de los descuentos de Ley cuando aplique. **2)** Acta de junta de socios o documento consorcial, en donde se autorice al representante legal de la figura correspondiente para efectuar la cesión. **3)** Certificado de existencia y representación Legal del cesionario y el cedente cuando se trate de persona jurídica y/o certificado de inscripción cuando se trate de persona natural expedido por la Cámara de Comercio del domicilio correspondiente. **4)** certificación bancaria con número de cuenta

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA COLOMBIA

Estudió y Elaboró: Paola Andrea García Florian
Revisó: Jaime Luis Charris Pizarro
Aprobó: Ronal Alexis Prada Mancilla

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

y beneficiario donde se deben consignar los valores cedidos. **5**) Declaración bajo juramento del cesionario en la cual se exprese el cumplimiento de lo previsto en el Decreto 4334/2008 en concordancia con el Decreto 1981 de 1988. **6.)** Oficio dirigido al Ordenador del Gasto, indicando el valor cedido y aportando los anteriores documentos.

PARÁGRAFO ÚNICO: SUJECIÓN A LA FORMA DE PAGO: La entidad financiera, bancaria, persona natural o jurídica debe supeditarse a la forma de pago establecida en el presente contrato. En el monto a ceder tener en cuenta los descuentos de ley, tales como **RETEIVA, RETEFUENTE Y RETEICA**, si hay lugar a ellos.

VIGÉSIMA SEGUNDA- FLEXIBILIZACION. En caso de presentarse cambios o modificaciones al modelo de salud, el **CONTRATISTA**, deberá garantizar la implementación de los cambios o modificaciones a que haya lugar.

VIGÉSIMA TERCERA.- INDEMNIDAD - EL CONTRATISTA mantendrá indemne al **CONTRATANTE** de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones, demandas o acciones legales por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, durante la ejecución del contrato, y hasta la liquidación definitiva del contrato. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra del **CONTRATANTE** por los citados daños o lesiones, éste será notificado, para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la Ley para mantener indemne a la Entidad. Si en cualquiera de los eventos antes previstos, **EL CONTRATISTA** no asume debida y oportunamente la defensa del **CONTRATANTE**, ésta podrá hacerlo directamente, previa notificación escrita al **EL CONTRATISTA**, y éste pagará todos los gastos en que ella incurra por tal motivo. En caso de que así no lo hiciere **EL CONTRATISTA**, **El CONTRATANTE** tendrá derecho a descontar el valor de tales erogaciones, de cualquier suma que adeude al **EL CONTRATISTA** por razón de los trabajos motivo del contrato, o a utilizar cualquier otro mecanismo judicial o extrajudicial que estime pertinente.

VIGÉSIMA CUARTA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO: Cualquier prórroga en el plazo, incremento en el valor o modificación al presente contrato se hará mediante un Otrosí.

VIGÉSIMA QUINTA. SUSPENSIÓN TEMPORAL: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito, se podrá de común acuerdo, mediante la suscripción de acta en la cual conste tal evento, suspender temporalmente la ejecución del contrato. En el acta que suscriban las partes firmantes, se consignaran en forma expresa los motivos de la suspensión.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 605 4559 | Cali (57-2) 667 7690

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ · EQUIDAD · EDUCACIÓN

fiduprevisora

siempre.

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

VIGÉSIMA SEXTA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN: El presente contrato se podrá dar por terminado antes del plazo señalado en la Cláusula Tercera además de las causales legales por:

1. Por terminación del contrato de fiducia mercantil.
2. Por mutuo acuerdo entre las partes.
3. Por cumplimiento del plazo pactado, si este no fuere prorrogado previamente.
4. Por más de un incumplimiento reiterado del **CONTRATISTA**, en la ejecución de cualquiera de las obligaciones a su cargo. Para el efecto, el Supervisor informará por escrito al **CONTRATISTA** una vez tenga conocimiento del incumplimiento en los términos establecidos en esta causal. **EL CONTRATISTA**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recibo del requerimiento del Supervisor, deberá emitir una respuesta, fundamentando las razones de su desacuerdo, sobre la cual se emitirá certificación por parte del Supervisor en la que conste verificación de los hechos u omisiones constitutivos de(los) mismo(s). Lo anterior, sin perjuicio que EL **CONTRATANTE** pueda adelantar las acciones pertinentes ante la jurisdicción competente cuando así se requiera.
5. Por fuerza mayor o caso fortuito.
6. Por cumplimiento del objeto contractual.
7. Por muerte del **CONTRATISTA**, si es personal natural, o por disolución de la persona jurídica del **CONTRATISTA**.
8. Por el no pago oportuno del valor de las facturas presentadas por el **CONTRATISTA** a la sociedad **FIDUPREVISORA S.A.**, administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en aquellos rubros que no hayan sido objeto de glosas.
9. Por el no pago oportuno por la sociedad **FIDUPREVISORA S.A.,** administradora de los recursos y vocera de la cuenta especial de la Nación Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio de los rubros objeto de glosa cuando estas no prosperan.
10. Cuando el valor descontado con ocasión de la aplicación del procedimiento extraordinario para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, sea igual o exceda del 5% del valor total de la facturación mensual por tres (3) meses consecutivos o no, durante el periodo de un (1) año calendario.
11. No mantener por el **CONTRATISTA** los aspectos ofrecidos en su oferta que corresponden a los requisitos habilitantes, de ponderación y de oferta técnica, durante toda la ejecución del contrato. Para efectos del mantener el requisito habilitante de la red principal y alterna, se entiende que el contratista debe cumplir con el 100% de los servicios solicitados como red habilitante
12. Los demás casos previstos en la Ley.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111 |
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-4) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7080
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

VIGÉSIMA SÉPTIMA.- SUJECIÓN A LA LEY COLOMBIANA: Para cualquier efecto que dé lugar al incumplimiento de este contrato se someterá a la Ley Colombiana y a las condiciones del documento de selección de contratistas preestablecidas y aceptadas por las partes.

VIGÉSIMA OCTAVA.- LIQUIDACIÓN: El Contrato, por ser de tracto sucesivo, deberá liquidarse de conformidad con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. Para el efecto, terminado el mismo por cualquier causa, se liquidará dentro de los cuatro (4) meses siguientes la fecha de terminación. En caso tal que la liquidación no se efectúe de forma bilateral se procederá con la liquidación unilateral por parte del FONDO, dando aplicación al artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. El acto administrativo será proferido por el Ministerio de Educación Nacional.

PARAGRAFO PRIMERO. Para la liquidación se exigirá por solo una vez la ampliación o extensión de la garantía exigida en el contrato, la cual no podrá ser superior a cuatro (4) meses, que avalará las obligaciones que debe cumplir **EL CONTRATISTA**, con posterioridad a la terminación del presente Contrato, así como también acreditar el pago de los aportes parafiscales y mantener vigente y al día los aportes al Sistema General de Salud y Pensión de todos los empleados destinados al cumplimiento del presente Contrato, todo de conformidad con las normas vigentes al momento de la firma del presente instrumento así como aquellas que se expidan y le sean aplicables hasta su terminación.

PARAGRAFO SEGUNDO. Al acta se anexarán por parte del **FONDO** el informe final y certificación del Supervisor del Contrato del cumplimiento del mismo, a dicha certificación se anexarán todos los soportes documentales y contables del desarrollo del Contrato.

VIGÉSIMA NOVENA.- SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: En el evento de que surja alguna diferencia entre las partes por razón o con ocasión del contrato, se buscará una solución directa mediante la conciliación, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la notificación que cualquiera de las partes envíe a la otra. En el evento en que dicha diferencia no pueda resolverse mediante los mecanismos antes anotados, la misma se someterá al conocimiento de la Jurisdicción que corresponda.

TRIGÉSIMA.- FUENTE DE LOS RECURSOS: Las erogaciones que el **CONTRATANTE** efectúe para el pago del valor de la presente orden se harán con cargo al rubro correspondiente al presupuesto del **CONTRATANTE** para la vigencia fiscal de 2018,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57 5) 660 1795
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-2) 266 4659 | Cali (57-2) 667 7687
fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

fiduprevisora

siempre.

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

según el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 4278 de fecha nueve (09) de enero de 2018, por un valor de **CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES ONCE MIL CIENTO SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($194.263.011.177,00).**

Teniendo en cuenta que para respaldar la contratación se cuenta con recursos del Sistema General de Participación destinados al FNPSM para la vigencia fiscal del 2019, se financiará con los recursos definidos por la Ley, certificados con la disponibilidad presupuestal, anexa, y para las demás vigencias fiscales con los recursos del presupuesto general de la Nación y Sistema General de Participaciones asignados por la Nación con destino al FNPSM en cada una de las leyes anuales del Presupuesto General de la Nación o sus adiciones, según lo señalado en el documento de selección definitivo de la Invitación Pública 006 de 2017.

TRIGÉSIMA PRIMERA.- DOCUMENTOS: Forman parte integrante de este instrumento todos los documentos que componen, propuestas, certificados, autorizaciones, así como también todos los anunciados en las partes enunciados en las partes enunciativa y considerativa del Contrato. Igualmente conformará el expediente del presente, las comunicaciones del Supervisor, sus informes mensuales, los originales de las garantías constituidas y demás documentos que durante su ejecución se produzca por **EL CONTRATISTA**, así como la correspondencia cruzada entre **EL CONTRATISTA** y el **FONDO**.

TRIGÉSIMA SEGUNDA.- ACEPTACIÓN: EL CONTRATISTA declara que conoce y acepta todas y cada una de las clausulas y condiciones establecidas en el presente Contrato, Así mismo, acepta nuestra naturaleza de entidad pública y contribuye al cumplimiento de los principios de la gestión fiscal y la función administrativa. Igualmente, acepta someterse a todos los procedimientos establecidos por Fiduciaria La Previsora S.A.

TRIGÉSIMA TERCERA.- DOMICILIO: Para todos los efectos legales, el domicilio del presente contrato será la ciudad de Bogotá D.C.

TRIGÉSIMA CUARTA.- DIRECCIONES: Las notificaciones, comunicaciones y correspondencia entre los contratantes se enviará a las siguientes direcciones:

a. **EL CONTRATANTE:** Calle 72 No. 10 – 83 Torre C, piso 6. - en la ciudad de Bogotá D.C.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57 1) 594 5111
Barranquilla (57 5) 356 2733 | Cartagena (57 5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 366 4559 | Cali (57-2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 976015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

b. **EL CONTRATISTA:** Carrera 27 No. 37- 33 Of 514 Edificio Green Gold de Bucaramanga.

TRIGÉSIMA QUINTA. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. Con ocasión a la suscripción del presente contrato, así como en el desarrollo de sus actividades previas, de ejecución, terminación y conexas; las partes reconocen que podrá realizarse tratamiento de información personal en los términos de la ley 1581 de 2012 y su Decreto reglamentario 1074 de 2015. Por lo anterior, las partes asumen los siguientes compromisos:

a) **El CONTRATANTE** podrá suministrar información de naturaleza personal al **CONTRATISTA** para el desarrollo del presente objeto contractual, la cual puede corresponder a los datos de sus trabajadores, colaboradores, aliados, directivos, proveedores, clientes, usuarios y cualquier otro titular de información con el cual tenga relación. Por lo anterior, el **CONTRATANTE** se obliga a gestionar ante los titulares de información personal, las autorizaciones, avisos y demás requisitos exigidos por la normatividad aplicable para el desarrollo del tratamiento de información personal, incluyendo las finalidades y tratamientos específicos asociados a la ejecución del presente contrato.

b) El suministro de información de naturaleza personal del **CONTRATANTE** al **CONTRATISTA**, no podrá considerarse como cesión o transferencia de información personal en los términos de la ley 1581 de 2012. Por consiguiente, el **CONTRATANTE** mantendrá su condición de responsable del tratamiento mientras que el **CONTRATISTA**, en su rol de encargado del tratamiento procederá a limitar la recolección, uso, almacenamiento, circulación o disposición de la información a las actividades específicamente relacionadas con la ejecución del presente objeto contractual o al desarrollo de las instrucciones específicas del **CONTRATANTE**.

c) El **CONTRATISTA** podrá realizar actividades que involucren tratamiento de información personal, para lo cual el **CONTRATISTA** declara que ha implementado las medidas jurídicas, técnicas y organizacionales que promuevan las adecuadas condiciones de integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información personal objeto de tratamiento tanto al interior de su Organización como frente a sus terceros aliados, vinculados o asociado. Estas medidas deberán ser aplicadas incluso en los eventos en que el tratamiento de información personal involucre el eventual registro de información personal dispositivos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 878 5111 | Medellín (57-2) 369 4859 | Cali (57-2) 647 7680
Fiduprevisora S.A. N.I.T 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

definidos por el **CONTRATANTE**, así como en aquellos directa e indirectamente suministrados por el **CONTRATISTA.**

d) En caso de requerirlo, el **CONTRATISTA** podrá contratar o acordar con un tercero subcontratista la prestación de los servicios para coadyuvar la efectiva ejecución del objeto de este contrato, en cuyo caso, el **CONTRATANTE** autoriza al **CONTRATISTA** para que permita a dicho tercero el tratamiento de los datos personales del **CONTRATANTE**, comprometiéndose el **CONTRATISTA** a regular su relación con el tercero, estableciendo que el tratamiento de información se limitará únicamente a la ejecución o consecución de las instrucciones recibidas por el **CONTRATANTE**, que no aplicará o utilizará la información con fines distintos al que figure en el contrato, y que no compartirá ésta información con terceros sin autorización previa y por escrito del **CONTRATANTE** y **CONTRATISTA.** Adicionalmente, el **CONTRATISTA** verificará de manera previa a la formalización del acuerdo con el tercero subcontratista, que éste cumpla con las obligaciones del régimen de protección de datos personales dentro del marco de la razonabilidad y la debida diligencia, comprometiéndose el subcontratista a acatar las políticas de protección de datos personales de **CONTRATANTE** y **CONTRATISTA.**

e) El **CONTRATISTA**, podrá acceder o adquirir información personal para el desarrollo del presente objeto contractual, para lo cual garantizará que los datos utilizados cuentan con las autorizaciones de los respectivos titulares y los permisos para su uso comercial. Igual obligación aplicará al **CONTRATANTE** cuando suministre al **CONTRATISTA** este tipo de información personal.

f) Al momento de finalizar la relación contractual o cesar las razones por las cuales se registró o almacenó información de naturaleza personal en bases de datos custodiadas por el **CONTRATISTA**, este procederá a su efectiva disposición mediante su devolución al **CONTRATANTE** a través de la dirección de correspondencia física o mail de contacto definido en el presente contrato, procediendo el **CONTRATISTA** a eliminar cualquier copia o respaldo de la información físico o digital.

g) El **CONTRATANTE** en su condición de responsable de las bases de datos personales que se llegaren a gestionar con ocasión a la ejecución del presente contrato, cumplirá con la obligación de la realización del Registro Nacional de Bases de Datos ante la Superintendencia de Industria y Comercio dentro de los términos previstos en la legislación aplicable. El **CONTRATISTA** por su parte se

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 3111 | Medellín (57-4) 366 4539 | Cali (57-2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

compromete a suministrar al **CONTRATANTE** la información requerida para la efectiva realización de este registro, especialmente frente a las medidas de seguridad de la información implementadas por el **CONTRATISTA** y su política de protección de datos personales.

h) Para todos los efectos previstos en la ley, las partes declaran que han habilitado y mantiene operando los siguientes canales para la atención y ejercicio de los derechos de los titulares de información personal cuyos datos sean objeto de tratamiento con ocasión de la ejecución del presente contrato:

- **CONTRATISTA**:
  - ✓ Dirección: Carrera 27 No. 37 – 33 Ofc 514 Edificio Green Gold de Bucaramanga.
  - ✓ Correo: invitacionfoscal@gmail.com
  - ✓ Teléfono: 6850087.

- **CONTRATANTE**:
  - ✓ Dirección: Calle 72 #10-03, Bogotá, Colombia
  - ✓ Correo: protecciondedatos@fiduprevisora.com.co
  - ✓ Teléfono: (1)5945111

i) En el evento en que el **CONTRATISTA** llegare a recibir alguna consulta o reclamo en materia de protección de datos personales por parte de algún titular de información asociado a la ejecución del presente contrato, deberá dar conocimiento al **CONTRATANTE** dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la consulta o reclamo. Esta información será remitida a cualquiera de los canales establecidos por el **CONTRATANTE** en el presente literal.

j) En el evento en que el **CONTRATISTA** llegaré a sufrir o conocer de algún incidente que comprometa la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información personal objeto de tratamiento con ocasión del presente contrato, procederá a notificarle al **CONTRATANTE** del incidente por cualquiera de los canales de atención descritos en el presente contrato dentro de las (48) horas siguientes a la ocurrencia del hecho o al conocimiento del mismo. El **CONTRATANTE** se compromete a realizar el respectivo reporte del incidente de seguridad ante la Superintendencia de Industria y Comercio dentro del término máximo previsto por el sistema del Registro Nacional de Bases de Datos.

Estudió y Elaboró: Paola Andrea García Florian
Revisó: Jaime Luis Charris Pizarro
Aprobó: Ronal Alexis Prada Mancilla

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

k) El **CONTRATISTA** en su condición de encargado del tratamiento de información personal del **CONTRATANTE**, manifiesta que conoce y acata en su integridad las políticas internas de protección de datos personales del **CONTRATANTE**, así como las condiciones, limitaciones y finalidades asociadas al tratamiento de información personal que se requiera para la ejecución del presente contrato.

l) El **CONTRATANTE** se reserva la facultad de supervisar y requerir información adicional al **CONTRATISTA** para efectos de corroborar el cabal cumplimiento de las normas sobre protección de datos personales en su operación. Por su parte el **CONTRATISTA** se obliga a atender los requerimientos y suministrar la información solicitada por el **CONTRATANTE**.

TRIGÉSIMA SEXTA.- CUMPLIMIENTO REGULACIÓN AMBIENTAL: Con el fin de dar cumplimento a las exigencias mínimas establecidas en la norma ISO 14001-2015, asociados con el enfoque de ciclo de vida de productos y servicios en general, **EL CONTRATISTA** se compromete a cumplir cabalmente con la normatividad ambiental vigente y aplicable según su actividad, lo cual incluye la obtención de todas las licencias, permisos y/o autorizaciones correspondientes, según corresponda.

Así mismo, será obligación del **CONTRATISTA**, entregar al **CONTRATANTE,** copia de todos los soportes asociados con el manejo integral de residuos peligrosos (licencia ambiental del gestor que realiza el aprovechamiento y/o disposición final y actas de disposición final de los residuos), que se generen con ocasión al desarrollo del presente contrato, según aplique.

TRIGÉSIMA SÉPTIMA- SARLAFT: **EL CONTRATISTA** manifiesta que la información aportada verbalmente y por escrito, relacionada con el sistema para la administración del riesgo del lavado de activos y financiación del terrorismo – SARLAFT es veraz y verificable, y se obliga de acuerdo con las circúlares externas No. 22 y 061 de 2007 de la Superintendencia Financiera de Colombia a:

1. Actualizar, una vez al año, la documentación e información aportada que exige Fiduciaria La Previsora S.A. para el conocimiento del cliente, dando cumplimiento de las disposiciones contenidas tanto en el Manual SARLAFT de LA FIDUCIARIA y las Circulares de la Superintendencia Financiera de Colombia expedidas con posterioridad a la entrada en vigencia del referido Manual; así como, todos los demás documentos e información que LA FIDUCIARIA estime pertinentes.
2. Anexar los soportes documentales en los que se verifique la veracidad de la información suministrada.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C. Calle 72 No. 10-03 | PBX (57-1) 594 5111
Barranquilla (57-5) 356 2733 | Cartagena (57-5) 660 1796
Manizales (57-6) 873 5111 | Medellín (57-2) 266 4558 | Cali (57-2) 667 7680
Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Quejas, Reclamos y Sugerencias: 018000 919015
servicioalcliente@fiduprevisora.com.co
www.fiduprevisora.com.co

MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN LA REGIÓN 7 CONFORMADA POR LOS DEPARTAMENTOS DE NORTE DE SANTANDER, SANTANDER, CESAR Y ARAUCA No. 12076-003-2018 CELEBRADO ENTRE FIDUPREVISORA S.A, OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT INTEGRADA FOSCAL CUB CON NIT. 901.153.056-7.

PARAGRAFO. El incumplimiento por parte del **CONTRATISTA** de lo establecido en esta cláusula, dará lugar a la terminación anticipada del presente contrato de Prestación de Servicios.

TRIGÉSIMA OCTAVA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente Contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes; sin embargo para su ejecución requiere la existencia de la afectación presupuestal, aprobación de la garantía única y suscripción del acta de inicio.

Fecha Perfeccionamiento: Nueve (09) de febrero de 2018.

EL CONTRATANTE

WILLIAM EMILIO MARIÑO ARIZA
Vicepresidente del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.
Vocero y Administrador del Patrimonio Autónomo **–FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (3-1-12076)-**

EL CONTRATISTA

JORGE RICARDO LEÓN FRANCO
Representante
UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL CUB

Estudió y Elaboró: Paola Andrea García Florian
Revisó: Jaime Luis Charris Pizarro
Aprobó: Ronal Alexis Prada Mancilla

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

Entre los suscritos: **PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, fideicomiso administrado por **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.,** Sociedad de Economía Mixta del Sector Descentralizado del Orden Nacional, sometida al régimen de Empresa Industrial y Comercial del Estado, autorizada por el Decreto Ley No. 1547 de 1984 y constituida mediante Escritura Pública número veinticinco (25) del veintinueve (29) de marzo de mil novecientos ochenta y cinco (1985), otorgada en la Notaría Treinta y Tres (33) del Círculo Notarial de Bogotá, representada legalmente **CARLOS FERNANDO LÓPEZ PASTRANA,** identificado con cédula de ciudadanía No. 78.753.583, debidamente autorizado para la suscripción del presente documento, de conformidad con el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, todo lo cual se acredita con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el cual hace parte integral del presente documento, parte que en adelante y para todos los efectos legales se denominará **EL CONTRATANTE**, de una parte y de la otra, **UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB,** identificada con NIT**. 901.153.056-7**., constituida mediante acuerdo de Unión Temporal de fecha cinco (5) de diciembre de 2017, representada legalmente por **JORGE RICARDO LEÓN FRANCO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 2.099.899 de Guadalupe – Santander, quien en adelante y para todos los efectos de este documento se denominará el **CONTRATISTA**; acuerdan celebrar el presente **OTROSÍ N° 3** al **CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, que para efectos del presente acto, este último se denominará el **CONTRATO**, el cual se regulará por las Cláusulas enunciadas a continuación, previas las siguientes:

CONSIDERACIONES:

1. La Ley 91 de 1989, creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio como "*una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable*"

2. En desarrollo del Artículo 3 de la Ley 91, La **NACIÓN - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL**, en su calidad de Fideicomitente, y **FIDUPREVISORA S.A**., suscribieron el Contrato de Fiducia Mercantil contenido en la Escritura Pública No. 0083 del 21 de junio de 1990 de la Notaría 44 del Circuito de Bogotá, contrato prorrogado varias veces y hoy en día vigente, cuyo objeto es: "(…)*Constituir una Fiducia Mercantil sobre los recursos que integran el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio -* ***EL FONDO*** *-, con el fin de que* ***LA FIDUCIARIA*** *los administre, invierta y destine al cumplimiento de los objetivos previstos para* ***EL***

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 I PBX: (601) 756 6633 Barranquilla: (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 Cali: (602) 485 5036 Cartagena: (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 Villavicencio: (608) 683 3751 Medellin: (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 Pereira: (606) 340 0937 Popayán: (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

***FONDO**, conforme a las instrucciones que le sean impartidas por el Consejo Directivo del mismo.", y su finalidad la de darle una "(…) eficaz administración de los recursos del FONDO que, a su vez y de conformidad con lo establecido en el Artículo 5 de la Ley 91 de 1989, fue creado para el cumplimiento de los objetivos que a continuación se precisan con el fin de que los mismos determinen el alcance de las prestaciones a cargo de la fiduciaria. (…)* Garantizar la prestación de los servicios médico - asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del FONDO *(…)"*

3. El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, tiene la función de analizar y recomendar las entidades con las que celebrará los contratos para el funcionamiento del **FONDO** y determinó que **FIDUPREVISORA S.A.** tendrá, entre otras, las siguientes obligaciones: "(…) *Contratar, de acuerdo con las instrucciones impartidas por el Consejo Directivo del FONDO, en especial, las contenidas en los Acuerdos No. 04 y 13 de 2004 y, aquellos que lo modifiquen o sustituyan, las entidades que garantizarán la prestación de los servicios médico - asistenciales del personal docente afiliado al FONDO y su grupo familiar. El Consejo Directivo analizará y recomendará, previo trámite legal y presentación del informe de la FIDUCIARIA, las entidades con las cuales se garantizará la atención de los servicios de salud, velando siempre por la transparencia, economía, objetividad y responsabilidad en los procesos de contratación." "Realizar las labores de supervisión de los contratos que celebre para garantizar la prestación de los servicios y las de auditoría de calidad de los servicios de salud (…)".*

4. El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, según lo establecido en el numeral 2 del artículo 7, de la Ley 91 de 1989, tiene la función de *"(…) Analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo."*

5. El Consejo Directivo del Fomag, está integrado por el Ministro de Educación Nacional o el viceministro quien lo preside; el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado; el Ministro de Trabajo o su delegado; dos representantes del Magisterio designados por la organización gremial nacional que agrupe el mayor número de asociados docentes, y por la entidad Fiduciaria, el presidente o su delegado, con voz, pero sin voto

6. El día del nueve (09) de febrero del año dos mil dieciocho (2018), se suscribió, entre el **CONTRATANTE** y el **CONTRATISTA** el **CONTRATO**, el cual tiene por objeto:

*"**SEGUNDA. –OBJETO: EL CONTRATISTA** se compromete con **EL CONTRATANTE**, con autonomía técnica y administrativa, a prestar los servicios de*

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | PBX: (601) 756 6633 Barranquilla: (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 Cali: (602) 485 5036 Cartagena: (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 Villavicencio: (608) 683 3751 Medellin: (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 Pereira: (606) 340 0937 Popayán: (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

salud del Plan de Atención Integral y la Atención Médica Derivada de los riesgos laborales para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en el territorio nacional, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se derive para la Región 7 conformada por los Departamentos de Norte de Santander, Santander; Cesar y Arauca, bajo la modalidad de capitación para todos los niveles de complejidad.

***FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.**, actuando como administradora de los recursos de la Cuenta Especial FNPSM por su parte adquiere los servicios, de conformidad a las especificaciones técnicas contenidas en los anexos que correspondan al documento de selección de contratistas, y la oferta, que hacen parte integral del presente contrato.*

***PARÁGRAFO ÚNICO:** El contratista no asumirá los riesgos por prestación de servicios de salud derivados de eventos catastróficos de orden natural o causados por el hombre definidos legalmente o declarados por la autoridad competente, los cuales estarán a cargo de las autoridades competentes conforme a las normas vigentes, según sea el caso, porque dichos eventos constituyen desviaciones extraordinarias de la siniestralidad no incluidas en el cálculo de la UPCM"*

7. De acuerdo con la cláusula tercera del **CONTRATO**, el valor se pactó por "*una cuantía **INDETERMINADA PERO DETERMINABLE**, de acuerdo con el número de afiliados registrados por los contratistas a FIDUPREVISORA S.A., multiplicado por las UPCM respectivas.*

El valor del contrato se encuentra determinado y amparado como lo indica el siguiente cuadro, teniendo en cuenta que para respaldar la contratación se cuenta con recursos del Sistema General de Participación destinados al FNPSM para la vigencia fiscal del 2019, se financiará con los recursos definidos por la Ley, certificados con la disponibilidad presupuestal, anexa, y para las demás vigencias fiscales con los recursos del presupuesto general de la Nación y Sistema General de Participación asignados por la Nación con destino al FNPSM en cada una de las leyes anuales del Presupuesto General de la Nación o sus adiciones, según lo señalado en el documento de selección definitivo de la Invitación Pública 006 de 2017, de conformidad con la Adenda No. 4:

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

REGIONES	DEPARTAMENTO	CDP	TOTAL PRESUPUESTO MARZO A DICIEMBRE DE 2018	VALOR TOTAL DEL CONTRATO ESTIMADO PARA LA REGIÓN
REGION 7	Arauca	4278	$194.263.011.177,00	$660.349.972.575
REGION 7	Cesar			
REGION 7	Norte de Santander			
REGION 7	Santander			

(…)

8. De acuerdo con la cláusula cuarta del **CONTRATO,** el plazo y lugar de ejecución, se pactó de la siguiente manera:

***"CUARTA. PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN**: La duración del presente contrato se contará a partir de la suscripción del **ACTA DE INICIO** por un término de cuarenta y ocho (48) meses y el objeto contractual se desarrollará en la Región 7 conformada por los Departamentos de Norte de Santander, Santander, Cesar y Arauca".*

9. El primero (1º.) de marzo del año dos mil dieciocho (2018), entre el **CONTRATISTA** y el supervisor del **CONTRATO**, se suscribió el **ACTA DE INICIO del CONTRATO**, fecha en la que se inició la ejecución del objeto contractual.

10. El doce (12) de abril de dos mil veintiuno (2021), las partes suscribieron el **Otrosí No.1** al **CONTRATO**, mediante el cual se (i) incluyó la obligación No 11, de la cláusula quinta "***OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA***", (ii) incluyó la obligación No. 5 de la cláusula sexta "***OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD FIDUPREVISORA, S.A. ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS Y VOCERA DE LA CUENTA ESPECIAL DE LA NACIÓN FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO***", (iii) modificó la cláusula décima primera "***PROCESO DE EMPALME ENTRE PRESTADORES EN LOS QUE TIENE QUE VER CON LOS PACIENTES Y SUS DOCUMENTOS ASISTENCIALES***", para eliminar la sección "*Plazos para trámite de cuentas de fondo distribución de riesgo*", **(iv)** suprimió el numeral 5.3 de la invitación pública 002 de 2017 , titulada "*Sistema de Distribución de Riesgo para evento de alto costo*", en la cual se acordó la creación del Fondo de Distribución del Riesgo, **(v)** las partes acordaron el reintegro por parte del **CONTRATANTE** a favor del **CONTRATISTA**, de los recursos allí señalados y que hubieren sido descontados de la UPCM con destino al Fondo de Distribución del Riesgo, **(vi)** incluyó la cláusula cuadragésima segunda "***ACUERDO TARIFARIO***", **(vii)** estableció que las modificaciones respecto de las reclamaciones por

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | PBX: (601) 756 6633 Barranquilla: (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 Cali: (602) 485 5036 Cartagena: (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 Villavicencio: (608) 683 3751 Medellin: (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 Pereira: (606) 340 0937 Popayán: (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

exclusiones del plan de beneficios del magisterio por fallos judiciales y jurisdiccionales, estarán amparadas por el rubro "*Tutelas*" del Presupuesto de FOMAG de la vigencia 2021.

11. Los pilares fundamentales del Estado Social de Derecho, son la dignidad humana, la igualdad y la solidaridad, de acuerdo con estipulado en el artículo 2 de la Constitución Política, de los cuales son sujetos activos y protegidos los profesores e integrantes del magisterio de Colombia.

12. La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política

13. La Constitución Política en su artículo 49 dispone expresamente lo siguiente: "*La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control (…)*"

14. La atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 49 de la Constitución Política, sobre el cual ha sostenido la Corte Constitucional, lo siguiente: *Según el artículo 49 de la Constitución Nacional, la salud tiene una doble connotación —derecho constitucional fundamental y servicio público*[1] *(…)*

15. El artículo segundo 2 de la Constitución Política consagra los fines esenciales del Estado a cargo de las autoridades públicas, dentro de ellos "*el de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución".*

16. La Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, estableció expresamente lo siguiente: "*Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:*

(…) Disponibilidad. *El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal*

[1] Corte Constitucional T- 121 de 2015

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | PBX: (601) 756 6633 Barranquilla: (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 Cali: (602) 485 5036 Cartagena: (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 Villavicencio: (608) 683 3751 Medellin: (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 Pereira: (606) 340 0937 Popayán: (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

médico y profesional competente.

***(…) Eficiencia**. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;(…)"*

17. El principio de planeación debe permitir que la contratación de los servicios a cargo del Estado, garanticen de manera efectiva los derechos de la población, en este caso, de los servicios de salud a la población afiliada al FOMAG, dando cumplimiento así a lo establecido en los artículos 2 de la Constitución Política y 3 de la Ley 80 de 1993.

18. El veintidós (22) de noviembre de 2021, las partes suscribieron el **OTROSÍ No.2** al **CONTRATO**, mediante el cual se adicionó presupuestalmente en la suma de **CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL TRECIENTOS TRECE MILLONES CIENTO CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE (164.313.151.695).** y se prorrogó el término de duración hasta el treinta y uno (31) de octubre de dos mil veintidós (2022).

19. Por lo anterior, en sesión extraordinaria No. 9, realizada los días veintiocho (28), veintinueve (29), treinta (30) y uno (31) de octubre, el Consejo Directivo del FOMAG, instruyó la suscripción del presente Otrosí No. 03, en los términos aquí contenidos.

20. Mediante memorando **20220182397231** de fecha cinco (05) de octubre de dos mil veintidós (2022) suscrito por el Gerente de Servicios de Salud, solicitó al vicepresidente del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, la elaboración del presente **OTROSÍ** argumentando lo siguiente:

"(…) Que la prórroga y adición se pueda realizar máximo hasta el 30 de junio de 2023, teniendo en el numeral 5.2.1. del manual de contratación del FOMAG que establece: "Adición Es la modificación de un contrato en ejecución cuando se requiere la adición de elementos no previstos en el contrato inicial, en cuanto al alcance del objeto, su valor para cubrir su costo o el plazo para lograr su oportuna ejecución, cuya inclusión es indispensable para cumplir con las finalidades que tuvo Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de los recursos del Fomag al contratar, siempre que dicha adición en términos económicos no supere un máximo del 50% del valor inicial del contrato. Es la modificación de un contrato en ejecución cuando se requiere la adición de elementos no previstos en el contrato inicial, en cuanto al alcance del objeto, su valor para cubrir su costo o el plazo para lograr su oportuna ejecución, cuya inclusión es indispensable para cumplir con las finalidades que tuvo Fiduprevisora S.A. como vocera y administradora de

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | **PBX:** (601) 756 6633 **Barranquilla:** (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 **Cali:** (602) 485 5036 **Cartagena:** (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 **Villavicencio:** (608) 683 3751 **Medellin:** (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 **Pereira:** (606) 340 0937 **Popayán:** (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

los recursos del Fomag al contratar, siempre que dicha adición en términos económicos no supere un máximo del 50% del valor inicial del contrato.

Bajo tal consideración, el presupuesto requerido como Adición durante la prórroga sugerida para dichos contratos (…)"

21. Mediante memorando con radicado No. 20220182647951 de fecha treinta y uno (31) de octubre de dos mil veintidós (2022), suscrito por el Vicepresidente del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, se solicitó a la Vicepresidencia de Contratación Derivada la elaboración del presente **OTROSÍ** argumentando lo siguiente**:**

"(…) Con fundamento en la documentación adjunta al presente, solicito adelantar la elaboración de los diez (10) Otrosíes (Otrosí No. 3) a los Contratos Derivados de las Invitaciones Públicas 002 y 006 de 2017, contratos suscritos con los Operadores de Servicios de Salud. Los Otrosíes deben realizarse en términos del plazo de ejecución (Prorroga) y adición de recursos a los contratos la cual está amparada presupuestalmente con los CDP´s Nos: 9356 del 04/01/2022 y 10873 del 06/10/2022; Para la vigencia 2023 se financiará con los recursos del Presupuesto General de la Nación y Sistema General de Participación asignados por la Nación y aprobados Congreso de la Republica con destino al FNPSM.

Lo anterior, de conformidad con el memorando del supervisor del contrato con radicado No. 20220182397231 del 05/10/2022, con la debida sustentación en aspectos técnicos y financieros que motivan y justifican la solicitud de OTROSÍES para los diez (10) Operadores de Servicios de Salud, para garantizar la prestación de los servicios de Salud para el Régimen Exceptuado del Magisterio.

(…)

El Consejo Directivo del FOMAG en la sesión nueve (9) desarrollada en los días 28,29,30 y 31 de octubre de 2022, autoriza la prórroga y adición de los contratos en los siguientes términos:

1. Prorrogar el plazo de ejecución de los contratos hasta el 31 de mayo de 2023.
2. Adicionar el valor del contrato conforme al siguiente cuadro:

Región	***Prestador***	***TOTAL ADICION POR PERIODO DE PRORROGA (Nov 1-2022 a Mayo 31-2023)***

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | **PBX:** (601) 756 6633 **Barranquilla:** (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 **Cali:** (602) 485 5036 **Cartagena:** (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 **Villavicencio:** (608) 683 3751 **Medellin:** (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 **Pereira:** (606) 340 0937 **Popayán:** (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

		14.05% (IPC 12,55%)
1	*UNION TEMPORAL TOLIHUILA*	*$ 81.907.196.365*
2	*COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNANCIONALES THEM Y CIA LTDA.*	*$ 133.509.937.001*
3	*UNION TEMPORAL SALUDSUR 2*	*$ 78.899.175.680*
4	*UNION TEMPORAL MEDISALUD*	*$ 80.609.551.700*
5	*UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO*	*$ 146.972.549.678*
6	*ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.*	*$ 137.417.434.834*
7	*UNIÓN TEMPORAL UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB*	*$ 161.085.929.491*
8	*REDVITAL UT*	*$ 178.410.795.995*
9	*COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNANCIONALES THEM Y CIA LTDA.*	*$ 90.355.322.299*
10	*UNIÓN TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSÉ*	*$ 232.312.980.354*
		$ 1.321.480.873.397

Adicionar la cláusula de Acuerdos de Niveles de Servicios – ANS con el resultado de la reunión del 31 de octubre de 2022 entre Fiduprevisora y Operadores de Salud:

"CLÁUSULA - ACUERDOS DE NIVELES DE SERVICIO – (ANS). *Las partes acuerdan en la presente cláusula los criterios de oportunidad de servicio y el porcentaje de descuento a la retribución del* ***CONTRATISTA****, aplicable a partir de la suscripción del presente* ***OTROSI****. Se pacta que la base sobre la cual se liquidarán los descuentos es el 8% de la UPCM, aplicando la tabla de niveles de servicios que hace parte integral de este otrosí, sin que ese descuento se presente como una justificación a las barreras de acceso al servicio o negación de derechos contemplados en el plan de beneficios para el magisterio y sus familias.*

Los Acuerdos de Niveles de Servicio no se entienden como una modificación o alteración de las obligaciones pactadas en el contrato inicial, que se mantienen en su extensión y alcance.

Los resultados que surjan de la aplicación de la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO por ANS no se consideran

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 I **PBX:** (601) 756 6633 **Barranquilla:** (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 **Cali:** (602) 485 5036 **Cartagena:** (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 **Villavicencio:** (608) 683 3751 **Medellin:** (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 **Pereira:** (606) 340 0937 **Popayán:** (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

incumplimientos contractuales sino como un pacto de medición de los niveles de servicio.

Las partes pactan que los acuerdos de niveles de servicios inferiores al 80% generan el 20% de descuento sobre el 8% de la UPCM en la facturación de conformidad con la matriz y el procedimiento acordado (…)"

22. El presente **OTROSÍ** está debidamente amparado para la vigencia dos mil veintidós (2022), con CDP No. **9356** del cuatro (04) de enero de dos mil veintidós (2022) y No. **10873** del seis de octubre de dos mil veintidós (2022). Para la vigencia dos mil vientres (2023) se financiará con los recursos del Presupuesto General de la Nación y Sistema General de Participación asignados por la Nación con destino al FNPSM.

Con fundamento en las anteriores consideraciones, las partes pactan las siguientes:

CLÁUSULAS:

CLÁUSULA PRIMERA– PRORROGAR el plazo de ejecución del **CONTRATO** hasta el treinta y uno (31) de mayo de dos mil veintitrés (2023).

CLÁUSULA SEGUNDA - ADICIONAR al valor del **CONTRATO**, la suma de **CIENTO SESENTA Y UN MIL OCHENTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE ($ 161.085.929.491).**

PARÁGRAFO: Para efectos fiscales el valor del **CONTRATO,** incluida la presente adición, asciende a la suma de **NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE ($985.749.053.761).** Sin perjuicio de lo anterior, el valor del presente contrato es indeterminado pero determinable, de conformidad con lo pactado en la cláusula **TERCERA** del **CONTRATO**.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El presente **OTROSÍ** está debidamente amparado para la vigencia dos mil veintidós (2022), con CDP No. **9356** del cuatro (04) de enero de dos mil veintidós (2022) y No. **10873** del seis (06) de octubre de dos mil veintidós (2022). Para la vigencia dos mil vientres (2023) se financiará con los recursos del Presupuesto General de la Nación y Sistema General de Participación asignados por la Nación con destino al FNPSM.

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | PBX: (601) 756 6633 Barranquilla: (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 Cali: (602) 485 5036 Cartagena: (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 Villavicencio: (608) 683 3751 Medellin: (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 Pereira: (606) 340 0937 Popayán: (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

CLÁUSULA TERCERA- INCLUIR: La cláusula cuadragésima referente a los acuerdos de niveles de servicio – (ANS), la cual quedará así:

"CLÁUSULA CUADRAGÉSIMA - ACUERDOS DE NIVELES DE SERVICIO – (ANS). Las partes acuerdan en la presente cláusula los criterios de oportunidad de servicio y el porcentaje de descuento a la retribución del **CONTRATISTA**, aplicable a partir de la suscripción del presente **OTROSÍ**. Se pacta que la base sobre la cual se liquidarán los descuentos es el 8% de la UPCM, aplicando la tabla de niveles de servicios que hace parte integral de este otrosí, sin que ese descuento se presente como una justificación a las barreras de acceso al servicio o negación de derechos contemplados en el plan de beneficios para el magisterio y sus familias.

Los Acuerdos de Niveles de Servicio no se entienden como una modificación o alteración de las obligaciones pactadas en el contrato inicial, que se mantienen en su extensión y alcance.

Los resultados que surjan de la aplicación de la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO por ANS no se consideran incumplimientos contractuales sino como un pacto de medición de los niveles de servicio.

Las partes pactan que los acuerdos de niveles de servicios inferiores al 80% generan el 20% de descuento sobre el 8% de la UPCM en la facturación de conformidad con la matriz y el procedimiento acordado.

PARÁGRAFO PRIMERO: Las partes acuerdan el siguiente trámite para efectos de determinar la aplicación de los Acuerdos de Niveles de Servicio:

1. El CONTRATISTA, en virtud de la facultad declarativa, presentará la factura en la que deberá reflejar los descuentos con arreglo a la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO que hace parte integral de este Otrosí.
2. FIDUPREVISORA podrá verificar la validez del descuento aplicado a la factura emitida por el CONTRATISTA, determinada en el numeral anterior, dentro de los dos (2) meses siguientes a su presentación. En caso tal de que la revisión no se practique dentro de los dos (2) meses siguientes se entenderá aceptado el descuento aplicado a la factura.
3. Si efectuada la revisión surgieren diferencias o inconsistencias, el supervisor del contrato las remitirá inmediatamente al CONTRATISTA, quien, dentro de

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | PBX: (601) 756 6633 Barranquilla: (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 Cali: (602) 485 5036 Cartagena: (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 Villavicencio: (608) 683 3751 Medellin: (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 Pereira: (606) 340 0937 Popayán: (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

los 10 días hábiles siguientes, presente las explicaciones y justificaciones, junto con el acervo probatorio a que haya lugar. Si dentro del término antes pactado no se presentan las justificaciones, explicaciones y pruebas, se tendrán por ciertos los hallazgos.

4. Recibidas las explicaciones o justificación con el acervo probatorio el supervisor podrá requerir al CONTRATISTA para que dentro de los diez (10) días hábiles siguientes aportes la documentación que el supervisor considere pertinente para la verificación de los ANS.
5. El supervisor citará al CONTRATISTA dentro de los cinco (5) días siguientes para discutir y transigir los hallazgos que no hubiesen sido aclarados. De esta reunión y transacción se elevará un acta que hace parte integral de este Otrosí.
6. Las cifras determinadas en el acta a cargo del CONTRATISTA se deberán deducir de la siguiente factura.
7. De conformidad con el informe del Supervisor del contrato procederá a establecer los porcentajes de servicio de cada uno de los indicadores de la MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO. Se suman los valores obtenidos en los indicadores y posteriormente se divide entre el total de indicadores para establecer el TOTAL PORCENTAJE DE SERVICIO. Este porcentaje se ubica en el rango de nivel se servicios, y se aplica el porcentaje de descuento asociado al respectivo rango. El porcentaje de descuento se efectuará sobre la facturación de la cápita del mes evaluado conforme la siguiente tabla.

NIVEL DEL SERVICIO	PORCENTAJE DE DESCUENTO SOBRE EL 8% DE LA UPCM
100-95	0%
94-90	1%
89-85	2%
84-80	5%
Menos de 80	20%

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las partes acuerdan la matriz de evaluación de indicadores así:

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE INDICADORES Y PORCENTAJE DE DESCUENTO

SERVICIO	Cálculo	INDICADOR	META	PERIODICIDAD

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | PBX: (601) 756 6633 Barranquilla: (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 Cali: (602) 485 5036 Cartagena: (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 Villavicencio: (608) 683 3751 Medellin: (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 Pereira: (606) 340 0937 Popayán: (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

Consulta Medicina General	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual los pacientes solicitaron cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas medicina general asignadas en la institución para la cual es asignada la cita.	Máximo 2 días Hábiles	100%	MENSUAL
Consulta de Odontología General	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual los pacientes solicitan cita para que ser atendido en la consulta odontológica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas odontológica asignadas en la institución para la cual es asignada la cita.	Máximo 2 días Hábiles	100%	MENSUAL
Consulta médica Especializada en Ginecología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual los pacientes solicitan cita para que ser atendido en la consulta médica especializada en Ginecología y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas especializadas en ginecología asignadas en la institución para la cual es asignada la cita.	Máximo 5 días Hábiles	100%	MENSUAL
Consulta médica Especializada en Pediatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual los pacientes solicitan cita para	máximo 5 días Hábiles	100%	MENSUAL

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | **PBX:** (601) 756 6633 **Barranquilla:** (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 **Cali:** (602) 485 5036 **Cartagena:** (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 **Villavicencio:** (608) 683 3751 **Medellin:** (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 **Pereira:** (606) 340 0937 **Popayán:** (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

	que ser atendido en la consulta médica especializada Medicina Pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas especializadas en pediatría asignadas en la institución para la cual es asignada la cita.			
Consulta médica Especializada en Medicina Interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual los pacientes solicitan cita para q ser atendido en la consulta médica interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas especializadas asignadas en medicina interna la institución para la cual es asignada la cita.	Máximo 5 días Hábiles	100%	MENSUAL
Consulta médica Especializada en cirugía General	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el los pacientes solicitan para que ser atendido en la consulta médica especializada cirugía General y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas especializadas en cirugía general asignadas en la institución para la cual es asignada la cita.	Máximo 5 días Hábiles	100%	MENSUAL
Entrega de Medicamentos	Número total de medicamentos ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde que el afiliado o su representante presenta la fórmula / Número	Entrega Inmediata	100%	MENSUAL

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | **PBX:** (601) 756 6633 **Barranquilla:** (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 **Cali:** (602) 485 5036 **Cartagena:** (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 **Villavicencio:** (608) 683 3751 **Medellin:** (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 **Pereira:** (606) 340 0937 **Popayán:** (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

	total de medicamentos solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período.			
Demanda Inducida para la adherencia al programa de riesgo cardiovascular.	Numero de usuario a los cuales se realiza demanda inducida / Cohorte mensualizada de riesgo cardiovascular.	Mínimo el 80%	100%	MENSUAL

PARAGRAFO TERCERO: Los ANS se aplicará en todas las sedes y lugares donde se preste el servicio, se excluyen los servicios que se prestan en las IPS públicas.

PARAGRAFO CUARTO: La evaluación de los ANS, se medirán por región; el numerador y denominador de los indicadores se calcularán sobre los servicios prestados en las IPS objeto de verificación expresadas en el parágrafo anterior.

PARÁGRAFO QUINTO: Entrega de medicamentos con formula medica debe ser de denominación común internacional de acuerdo con el Decreto 2200 de 2005 y las normas que lo modifiquen, adiciones o sustituyan.

PARÁGRAFO SEXTO: Los indicadores aplicaran solo para consulta de primera vez de acuerdo con FIAS 22.

PARÁGRAFO SÉPTIMO: excepciones a la entrega inmediata de medicamentos para los ANS:

1. Desabastecimiento certificado por Invima o por los laboratorios distribuidores.
2. Cuando el medicamento pendiente sea entregado dentro de los términos de la Resolución 1604 de 2013.
3. Medicamentos vitales no disponibles y enfermedades huérfanas.

CLÁUSULA CUARTA- GARANTÍAS: El CONTRATISTA se obliga a renovar y ampliar por su cuenta y riesgo las garantías que amparan la ejecución del **CONTRATO**, en los términos descritos en la cláusula **DÉCIMA SEGUNDA** del mismo y de conformidad con el presente otrosí, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción del presente documento.

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | PBX: (601) 756 6633 Barranquilla: (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 Cali: (602) 485 5036 Cartagena: (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 Villavicencio: (608) 683 3751 Medellin: (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 Pereira: (606) 340 0937 Popayán: (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

OTROSÍ N°3 AL CONTRATO N° 12076-003-2018 PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, CELEBRADO ENTRE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., OBRANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Y UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB, IDENTIFICADA CON NIT. 901.153.056-7.

EL CONTRATISTA se obliga a enviar el original de la póliza de seguro con el recibo de pago de la prima, para su respectiva aprobación, dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suscripción del presente otrosí.

CLÁUSULA QUINTA - VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES: Las demás estipulaciones continuarán vigentes en los mismos términos establecidos en el **CONTRATO.**

CLÁUSULA SEXTA –PERFECCIONAMIENTO: El presente otrosí tiene efectos a partir de su suscripción y se perfecciona con la firma de las partes.

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente Otrosí No.3, a los treinta y un (31) días del mes de octubre de dos mil veintidós (2022).

EL CONTRATANTE

CARLOS FERNANDO LÓPEZ PASTRANA
Representante Legal
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.
Vocera y Administradora del Patrimonio Autónomo **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO (3- 1-12076)**

LA CONTRATISTA

JORGE RICARDO LEÓN FRANCO
Representante Legal
UT RED INTEGRADA FOSCAL CUB

Bogotá D.C.: Calle 72 No. 10 - 03 | PBX: (601) 756 6633 Barranquilla: (605) 385 4010
Bucaramanga: (607) 697 1687 Cali: (602) 485 5036 Cartagena: (605) 693 1611
Ibagué: (608) 277 0439 Villavicencio: (608) 683 3751 Medellin: (604) 604 3653
Monteria: (604) 789 0662 Pereira: (606) 340 0937 Popayán: (602) 837 3367
Rioacha: (605) 729 5328

Fiduprevisora S.A. NIT 860.525.148-5
Línea Nacional 01 8000 18 05 10
Bogotá (601) 756 24 44
Peticiones o solicitudes:
https://pqrs.fiduprevisora.com.co/radicar.php

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

Identificador 6nlr usIN B9oZ iJzy NEIQ A/Mb cjl= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION	**FORMATO:** ACTA DE AUDIENCIA **PROCESO:** INTERVENCIÓN ACTA No 102	**Versión**	3
		Fecha	29/12/2022
		Código	IN-F-17

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL
PROCURADURÍA 16 JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación E- 2023-681463 Interno 119
Fecha de Radicación: 27 de octubre de 2023 (hora 16:01)
Fecha de reparto: 30 de octubre de de 2023

Convocante(s):	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ quien actúa en nombre propio y en representación de sus menores hijos JOSUE MARTIN AMAYA ARCHILA, SAMUEL ALONSO AMAYA ARCHILA Y MARTIN YESID AMAYA ARCHILA; MARTIN ALONSO AMAYA TORO
Convocada(s):	NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO; FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A; UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB; FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL; CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S
Medio de Control:	REPARACION DIRECTA

En Bucaramanga, hoy veintiuno (21) de noviembre de 2023, siendo las 10:25 a.m., procede el Despacho de la Procuraduría 16 Judicial II para Asuntos Administrativos a celebrar AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL de la referencia la cual se realiza de forma no presencial y sincrónica de conformidad con las previsiones contenidas en los artículos 4 parágrafo 1, 99, 106-2 y 109 de la Ley 2220 de 2022 y la Resolución 035 del 27 de enero de 2023, proferida por la señora Procuradora General de la Nación de la cual se hace grabación en el programa MICROSOFT TEAMS cuyo video será parte integral de la presente acta. La audiencia es dirigida por el Doctor **JHON CARLOS GARCIA PEREA**, en su condición de Procurador 16 Judicial II para Asuntos Administrativos**.** Al dar inicio a la diligencia, se hace constatar por este agente del Ministerio Público que fue remitido desde la cuenta institucional rromeroc@procuraduria.gov.co un correo electrónico a la dirección electrónica señalada por las partes, con el link para ingresar a la reunión, a efectos de iniciar la audiencia, conforme se dispuso en auto de citación. Comparecen a la diligencia: la doctora **JIMMISAY GALÁN CELIS,** identificado con cédula de ciudadanía número 1.005.024.572 y T.P. No 400.545 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderada SUSTITUTA de la parte **CONVOCANTE,** de conformidad con la sustitución de poder y demás documentos que adjunta, por lo que se le reconoce personería en los términos y para los efectos indicados; el doctor **FERNANDO VILLARREAL AMAYA,** identificado con cédula de ciudadanía No 91.103.435 y Tarjeta Profesional No. 118.382 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado (Gerente con funciones de

Identificador 6nlr usIN B9oZ iJzy NEIQ A/Mb cjl= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

Representante Legal) de la **CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS,** de conformidad con los documentos previamente enviados al Despacho, por lo que se le reconoce personería en los términos y para los efectos indicados en el poder; la doctora **DIANA CAROLINA PEÑALOZA LOZANO,** identificada con cédula de ciudadanía No 37.862.028 y Tarjeta Profesional No. 158.570 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderada de la **UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL – CUB,** de conformidad con los documentos previamente enviados al Despacho, por lo que se le reconoce personería en los términos y para los efectos indicados en el poder; y el doctor **OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ,** identificado con cédula de ciudadanía No 91.279.160 y Tarjeta Profesional No. 87.912 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado de la **FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL,** de conformidad con los documentos previamente enviados al Despacho, por lo que se le reconoce personería en los términos y para los efectos indicados en el poder. **Se deja constancia que no se hacen presentes las convocadas NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO y FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. (FIDUPREVISORA S.A).**

El despacho deja constancia que se informó a la ANDJE sobre la fecha y hora de la audiencia para los fines del artículo 613 del CGP y 106-8 de la Ley 2220 de 2022, así como a la Contraloría General de la República para los fines de los artículos 66 del Decreto Ley 403 de 2020 y 106-9 de la Ley 2220 de 2022, entidades que como intervinientes no comparecen a la presente audiencia, lo cual no es obstáculo para la realización de la misma en la medida que su participación es facultativa.

Acto seguido el Procurador 16 Judicial II para asuntos administrativos con fundamento en lo establecido en el artículo 23 de la Ley 640 de 2001 en concordancia con lo señalado en el numeral 4 del artículo 44 del Decreto 262 de 2000, declara abierta la audiencia e instruye a las partes sobre los objetivos, alcance y límites de la conciliación extrajudicial en materia contenciosa administrativa como mecanismo alternativo para la solución de conflictos.

En este estado de la diligencia, el Procurador judicial hace una presentación de la controversia objeto de la convocatoria a conciliación y, seguidamente, se concede el uso de la palabra a las partes para que expongan sucintamente sus posiciones, en virtud de lo cual la **parte convocante** manifiesta: ***"II. DECLARACIONES Y CONDENAS.*** *1. Que se declare la RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA EXTRACONTRACTUAL Y SOLIDARIA de la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL y la CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S., por los daños y perjuicios consolidados y futuros que le fueron ocasionados a VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO, JOSUE MARTIN AMAYA ARCHILA, SAMUEL ALONSO AMAYA ARCHILA, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO. Lo anterior, como consecuencia del conjunto*

Identificador 6nlr usIN B9oZ iJzy NEIQ A/Mb cjl= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION	**FORMATO:** ACTA DE AUDIENCIA **PROCESO:** INTERVENCIÓN ACTA No 102	**Versión**	3
		Fecha	29/12/2022
		Código	IN-F-17

de acciones y omisiones imputables a dichas entidades, que contribuyeron a la concepción no deseada de VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, y de la cual tuvo conocimiento el día 27 de febrero de 2023. 2. Que se condene de forma solidaria a la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL y la CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S., a pagar como indemnización de los daños ocasionados por los perjuicios INMATERIALES de orden MORAL, subjetivos y objetivos, actuales y futuros, los cuales se estiman como mínimo en la suma de CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, para cada uno de los actores, así: A favor de VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ (Víctima directa), la suma de 100 (cien) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO (Cónyuge), la suma de 100 (cien) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, JOSUE MARTIN AMAYA ARCHILA (Hijo), SAMUEL ALONSO AMAYA ARCHILA, la suma de 100 (cien) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO (Hijo). 3. Además, que se declare a la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL y la CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S., como administrativa y solidariamente responsables de otros daños o perjuicios que surjan en el transcurso del proceso o que pueda considerar el señor Juez en favor de VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO, JOSUE MARTIN AMAYA ARCHILA, SAMUEL ALONSO AMAYA ARCHILA, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO. 4. De resultar vencidas las partes convocadas, es decir, la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL y la CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S., se condenen en costas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. 5. Las partes convocadas, darán cumplimiento a la ejecutoria, en los términos de los artículos 192 y 195 del C.P.A.C.A."

Acto seguido se le concede el uso de la palabra al apoderado de la parte convocada **CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS**, con el fin de que se sirva indicar la decisión tomada por tal entidad en relación con la solicitud incoada, quien manifiesta: *"La Clínica De Urgencias Bucaramanga, no tiene animo conciliatorio para esta diligencia, no encontramos ningún acto de negligencia, imprudencia u omisión imputable a la Clínica de Urgencias o alguno de sus operadores".*

Acto seguido se le concede el uso de la palabra a la apoderada de la parte convocada **UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB,** con el fin de que se sirva indicar la decisión tomada por tal entidad en relación con la solicitud incoada, quien manifiesta: *"Es*

Identificador 6nlr usIN B9oZ iJzy NEIQ A/Mb cjl= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION	**FORMATO:** ACTA DE AUDIENCIA **PROCESO:** INTERVENCIÓN ACTA No 102	**Versión**	3
		Fecha	29/12/2022
		Código	IN-F-17

importante precisar al despacho que la unión temporal cumple como un contratista de la FIDUPREVISORA, no como una EPS, como contratista se tienen vinculadas a nuestra red de servicios instituciones que se encuentran altamente calificadas ante los entes correspondientes, Secretaria de Salud Departamental y Ministerio de Salud; revisado el caso de la señora VIVIANA ARCHILA se observa que la atención de la misma fue integral y oportuna, y no se ha incurrido en ningún acto de negligencia de parte de mi representada, pues todas sus prestaciones médicas fueron materializadas, por lo tanto no asiste animo conciliatorio a la unión temporal."

Acto seguido se le concede el uso de la palabra al apoderado de la parte convocada **FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL,** con el fin de que se sirva indicar la decisión tomada por tal entidad en relación con la solicitud incoada, quien manifiesta: *"En igual sentido al interior de la institución, no se observa que exista responsabilidad de parte de mi representada, por lo que no existe ningún animo conciliatorio."*

A continuación se le concede de nuevo el uso de la palabra a la apoderada de la parte **CONVOCANTE** quien manifiesta: *"Escuchadas las decisiones de los convocadas y al no tener animo conciliatorio, solicito que se declare fallida la presente diligencia y se expida el acta correspondiente con el fin de iniciar la respectiva demanda."*

CONSIDERACIONES DEL MINISTERIO PÚBLICO: El Procurador 16 Judicial II para asuntos administrativos de Bucaramanga, en atención a la falta de ánimo conciliatorio de las entidades convocadas **UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB; FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER – FOSCAL y CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S,** evidenciando la improcedencia de solicitar la reconsideración de las decisiones adoptadas por estas, teniendo en cuenta que existen posturas jurídicas frente a las pretensiones, aunado a la inasistencia de las convocadas **NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO y FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. (FIDUPREVISORA S.A),,** declara fallida la presente audiencia de conciliación, da por surtida la etapa conciliatoria y por terminado el procedimiento extrajudicial; no obstante otorgará a las ausentes **NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO y FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. (FIDUPREVISORA S.A)**, el plazo de (3) tres días siguientes a la celebración de la audiencia, para que justifiquen su inasistencia. En atención al principio de economía procesal, la audiencia solo reprogramará en caso de evidenciarse ánimo conciliatorio de la ausente. En caso contrario, una vez vencido el término para la correspondiente justificación, expídase la constancia de ley y procédase con el archivo de expediente y el registro en los sistemas de la entidad, actuación que será llevada a cabo por la Sustanciadora del Despacho. No hay lugar a devolución de los anexos pues esta solicitud fue radicada electrónicamente. Estas decisiones se notifican en estrados a las partes, sin ninguna manifestación. La constancia será remitida a la apoderada convocante

Identificador 6nlr usIN B9oZ iJzy NEIQ A/Mb cjl= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION	**FORMATO:** ACTA DE AUDIENCIA **PROCESO:** INTERVENCIÓN ACTA No 102	**Versión**	3
		Fecha	29/12/2022
		Código	IN-F-17

a su correo electrónico, la cual será válida para todos los efectos conforme la Resolución 035 del 27 de enero de 2023. En constancia de lo anterior se procede a levantar la presente acta contentiva de las intervenciones realizadas por las partes y dispone la remisión de la misma al correo electrónico que se hubiere consignado en el texto de la solicitud o al que señalaren las partes, de conformidad con lo señalado del artículo 8 de la Resolución 035 del 27 de enero de 2023. En los términos de ley, de la resolución mencionada y del artículo 107 numeral 6 del CGP *("…En ningún caso el juzgado hará la reproducción escrita de las grabaciones*), el acta de la presente diligencia, por tratarse de audiencia por medios virtuales, no consiste en una transcripción textual de las manifestaciones de las partes, sino en un resumen de lo ocurrido y lo manifestado por ellas. Una vez leída y aprobada, siendo las 10:52 a.m. se da por concluida la diligencia y en constancia se firma únicamente por el Procurador Judicial, en tanto se trató de una sesión no presencial realizada a través del mecanismo digital, la cual queda grabada en video en la plataforma de MICROSOFT TEAMS.

Dra. **JIMMISAY GALÁN CELIS** (Asiste de manera virtual)
Apoderada SUSTITUTA de la parte convocante

Dr. **FERNANDO VILLARREAL AMAYA** (Asiste de manera virtual)
Apoderado parte convocada **CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS**

Dra. **DIANA CAROLINA PEÑALOZA LOZANO** (Asiste de manera virtual)
Apoderada parte convocada **UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB**

Dr. **OSCAR ERNESTO NIETO DIAZ** (Asiste de manera virtual)
Apoderado parte convocada **FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL**

Dr. **JHON CARLOS GARCIA PEREA**
Procurador No. 16 Judicial II para Asuntos Administrativos

Firmado digitalmente por: JHON CARLOS GARCIA PEREA
PROCURADOR JUDICIAL II
PROC 16 JUD II CONCILIA ADTIVA BUCARAMAN

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION	**FORMATO:** CONSTANCIAS DE TRÁMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO **PROCESO:** INTERVENCIÓN CONSTANCIA No 76	**Versión**	3
		Fecha	29/12/2022
		Código	IN-F-20

Identificador MBqH IJvQ IN4p 90V8 sB55 OPw4 dr4= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL
PROCURADURÍA 16 JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación E- 2023-681463 Interno 119
Fecha de Radicación: 27 de octubre de 2023 (hora 16:01)
Fecha de reparto: 30 de octubre de de 2023

Convocante(s):	VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ quien actúa en nombre propio y en representación de sus menores hijos JOSUE MARTIN AMAYA ARCHILA, SAMUEL ALONSO AMAYA ARCHILA Y MARTIN YESID AMAYA ARCHILA; MARTIN ALONSO AMAYA TORO
Convocada(s):	NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO; FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A; UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB; FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL; CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S
Medio de Control:	REPARACION DIRECTA

En los términos del artículo 105 de la Ley 2220 de 2022[1], el Procurador 16 Judicial II para Asuntos Administrativos expide la siguiente:

CONSTANCIA:

1. Mediante apoderado, el convocante VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ quien actúa en nombre propio y en representación de sus menores hijos JOSUE MARTIN AMAYA ARCHILA, SAMUEL ALONSO AMAYA ARCHILA Y MARTIN YESID AMAYA ARCHILA; MARTIN ALONSO AMAYA TORO, presentaron solicitud de conciliación extrajudicial el día 27 de octubre de 2023, convocando a la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO; FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A; UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB; FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL; CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.

2. Las pretensiones de la solicitud fueron las siguientes: la convocatoria a conciliación y, seguidamente, se concede el uso de la palabra a las partes para que expongan sucintamente sus posiciones, en virtud de lo cual la **parte convocante** manifiesta: ***"II. DECLARACIONES Y CONDENAS.*** *1. Que se declare la RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA EXTRACONTRACTUAL Y SOLIDARIA de la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL y la CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S., por los daños y perjuicios consolidados y futuros que le fueron ocasionados a VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO, JOSUE MARTIN AMAYA ARCHILA, SAMUEL ALONSO AMAYA ARCHILA, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO. Lo anterior, como consecuencia del conjunto de acciones y omisiones imputables a dichas entidades, que contribuyeron a la concepción no deseada de VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, y de la cual tuvo conocimiento el día 27 de febrero de 2023. 2. Que se condene de forma solidaria a la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUCIARIA LA*

[1] **ARTÍCULO 105.** *Constancia de agotamiento del requisito de procedibilidad de la conciliación extrajudicial.* El agente del Ministerio Público expedirá el documento que acredita ante la autoridad judicial que, efectivamente, el trámite de conciliación extrajudicial se surtió para efectos de la presentación de la demanda, cuando a ello hubiere lugar. En la constancia se indicará la fecha de presentación de la solicitud, la fecha en que se celebró la audiencia, y se expresará sucintamente el asunto objeto de conciliación. (…)

Identificador MBqH IJvQ IN4p 90V8 sB55 OPw4 dr4= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL y la CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S., a pagar como indemnización de los daños ocasionados por los perjuicios INMATERIALES de orden MORAL, subjetivos y objetivos, actuales y futuros, los cuales se estiman como mínimo en la suma de CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, para cada uno de los actores, así: A favor de VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ (Víctima directa), la suma de 100 (cien) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO (Cónyuge), la suma de 100 (cien) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, JOSUE MARTIN AMAYA ARCHILA (Hijo), SAMUEL ALONSO AMAYA ARCHILA, la suma de 100 (cien) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO (Hijo). 3. Además, que se declare a la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL y la CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S., como administrativa y solidariamente responsables de otros daños o perjuicios que surjan en el transcurso del proceso o que pueda considerar el señor Juez en favor de VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO, JOSUE MARTIN AMAYA ARCHILA, SAMUEL ALONSO AMAYA ARCHILA, MARTÍN ALONSO AMAYA TORO. 4. De resultar vencidas las partes convocadas, es decir, la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o FIDUPREVISORA S.A., UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL y la CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S., se condenen en costas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. 5. Las partes convocadas, darán cumplimiento a la ejecutoria, en los términos de los artículos 192 y 195 del C.P.A.C.A"

3. El día de la audiencia de conciliación, veintiuno (21) de noviembre de 2023, la misma se desarrolló bajo la modalidad **NO PRESENCIAL- SINCRONICA,** de conformidad con las previsiones contenidas en los artículos 4 parágrafo 1, 99, 106-2 y 109 de la Ley 2220 de 2022 y la Resolución 035 del 27 de enero de 2023, proferida por la señora Procuradora General de la Nación, la cual se declaró fallida ante la imposibilidad de llegar a un acuerdo, por no existir ánimo conciliatorio por parte de las convocadas **UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL - CUB; FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER – FOSCAL y CLÍNICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S,** aunado a la inasistencia de las convocadas **NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO y FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. (FIDUPREVISORA S.A),** por lo que el Despacho concedió a las ausentes el plazo de tres (3) días siguientes a la audiencia para que justificaran su inasistencia.

4. El día 23 de noviembre de 2023 se recibió comunicación electrónica de INGRID MARCELA LOPEZ BONILLA, Profesional de la Gerencia Jurídica de Negocios Especiales, Vicepresidencia Jurídica de la FIDUPREVISORA S.A., mediante la cual allega memorial suscrito por SEBASTIAN SILGADO VERGARA, Secretario Técnico del Comité de Conciliación y Defensa Judicial del Ministerio de Educación Nacional, en el cual invoca las razones para justificar la inasistencia de las convocadas **NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO y FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. (FIDUPREVISORA S.A),** y a su vez aporta el certificado del comité en el que manifiesta la falta de ánimo conciliatorio.

5. De conformidad con lo expuesto, se da por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, al tenor de los artículos 92 y 94 de la Ley 2220 de 2022, en concordancia con lo establecido en el con lo establecido en el artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA y normas que lo modifiquen.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION	**FORMATO:** CONSTANCIAS DE TRÁMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO **PROCESO:** INTERVENCIÓN CONSTANCIA No 76	**Versión**	3
		Fecha	29/12/2022
		Código	IN-F-20

6. En los términos del inciso quinto del artículo 105 de la Ley 2220 de 2022, no se ordena la devolución de documentos aportados con la solicitud de conciliación en razón a que fue tramitada por medios digitales.

Dada en Bucaramanga, a los veintisiete (27) días del mes de noviembre de 2023.

JHON CARLOS GARCIA PEREA
Procurador No. 16 Judicial II para Asuntos Administrativos

Identificador MBqH IJvQ IN4p 90V8 sB55 OPw4 dr4= (Válido indefinidamente)
URL https://www.procuraduria.gov.co/SedeElectronica

Firmado digitalmente por: JHON CARLOS GARCIA PEREA
PROCURADOR JUDICIAL II
PROC 16 JUD II CONCILIA ADTIVA BUCARAMAN

EL SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE CONCILIACIÓN Y DEFENSA JUDICIAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

CERTIFICA QUE

El Comité de Conciliación y Defensa Judicial, determinó la posición de NO CONCILIAR dentro de la audiencia de conciliación convocada por la PROCURADURÍA JUDICIAL ADMINISTRATIVA 16 DE BUCARAMANGA, con ocasión al proceso promovido por VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1093746652, contra LA NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, y en donde se pretende FALLA EN EL SERVICIO POR PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO.; De conformidad con las siguientes consideraciones:

Que la Ley 91 de 1989 creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio como *«[…] una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital».* Y que, a su vez, el artículo 5 de la mencionada ley consagra dentro de los objetivos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio el de *«Efectuar el pago de las prestaciones sociales del personal afiliado».*

Que de conformidad con lo establecido en el Decreto 2831 de 2005, se regula el trámite para el reconocimiento de prestaciones económicas a cargo del FOMAG, en ese sentido, es deber de las Secretarias de Educación de las Entidades Territoriales certificadas, atender las solicitudes relacionadas con las prestaciones sociales de los docentes afiliados al FOMAG, según lo establecido en el artículo 3 del mencionado Decreto: *«Gestión. a cargo de las secretarías de educación. De acuerdo con lo establecido en el artículo 3° de la Ley 91 de 1989 y el artículo 56 de la Ley 962 de 2005, la atención de las solicitudes relacionadas con las prestaciones sociales que pagará el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, será efectuada a través de las secretarías de educación de las entidades territoriales certificadas, o la dependencia que haga sus veces».*

Atendiendo las disposiciones legales anteriormente descritas, y el marco de competencia funcional de los servidores públicos, el Comité de Conciliación y Defensa Judicial del Ministerio de Educación Nacional adoptó el Acuerdo No. 001 de 16 de noviembre de 2017 *«Por la cual se adopta la política de conciliación y defensa judicial y se establecen directrices para su aplicación a casos análogos»*, mediante el cual, se unificaron los criterios a tener en cuenta por los abogados que ejercen la defensa del Ministerio de Educación Nacional, modificado por el Acuerdo No. 001 de 2018, que dispuso que los apoderados de la Nación – Ministerio de Educación Nacional no podrán conciliar judicial o extrajudicialmente en los siguientes casos:

> *"**4.** En audiencias de conciliación judicial o extrajudicial para las que se convoque a la Nación - Ministerio de Educación Nacional y en donde se determine la relación con afiliados o beneficiarios del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, los apoderados de este Ministerio no podrán conciliar en los siguientes temas:*
>
> ***4.1.** Reconocimiento y pago de prestaciones sociales y demás reclamaciones que puedan derivarse de dichos reconocimientos y pagos, con excepción de la sanción por mora en el pago de cesantías, la cual podrá conciliarse cuando así lo determine el Comité de Conciliación*

y Defensa Judicial del Ministerio de Educación Nacional, previa recomendación de Fiduprevisora S.A., en calidad de vocera y administradora del fondo.

***4.2.** En lo relacionado con el régimen excepcional de salud del magisterio, fallas en la prestación del servicio médico y demás temas relacionados con la prestación de los servicios médico - asistenciales, así como respecto a la suscripción de contratos con las entidades prestadoras de salud, toda vez que este Ministerio no fue parte de la contratación de prestación de servicios médico-asistenciales, celebrado entre los respectivos prestadores y la Fiduciaria la Previsora S.A."*

Lo anterior se fundamenta en que el Comité de Conciliación y Defensa Judicial del Ministerio de Educación Nacional, no es competente para conciliar asuntos litigiosos relacionados con el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, toda vez que, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 91 de 1989; el Ministerio de Educación Nacional, mediante Escritura Pública No. 0083 del 21 de junio de 1990, suscribió un contrato de Fiducia Mercantil con Fiduprevisora S.A. para la administración del FOMAG, determinándose contractualmente que la administración y representación judicial y extrajudicial del Fondo, será asumida por esta fiduciaria.

Sumado a lo anterior, la Ley 91 de 1989, estableció que el FOMAG goza de autonomía en el manejo de sus recursos, cuyo origen y fuentes están determinados expresamente en el artículo 8 de la mencionada ley, y por ende, son independientes de los recursos del Ministerio de Educción Nacional.

Por tanto, la posición del Ministerio es NO CONCILIAR en la audiencia programada por el Despacho con ocasión al proceso promovido por VIVIANA YASID ARCHILA LANDINEZ con CC 1093746652 contra LA NACION - MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL - FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Se expide en Bogotá D.C., el 15 de noviembre de 2023, con destino a la PROCURADURÍA JUDICIAL ADMINISTRATIVA 16 DE BUCARAMANGA.

SEBASTIAN SILGADO VERGARA
SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE CONCILIACIÓN Y DEFENSA JUDICIAL

Elaboro: Ana Maria Rojas Garzon.
Rad.: 2023-ER-806132