

**Fwd: EXPEDIENTE NO. 11001-3103-005-2022-00071-00 ASUNTOS: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA – ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S. - LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

Ana María De Brigard Pérez <presidencia@amdebrigard.com>

Mié 16/11/2022 9:49 AM

Para: Juzgado 05 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C.

<ccto05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;adrianagarcia@amdebrigard.com

<adrianagarcia@amdebrigard.com>

Con un atento saludo y de conformidad con su correo del día de ayer, remito nuevamente la contestación radicada en el Despacho el pasado 10 de mayo y sus respectivos anexos.

Les ruego confirmarme si persisten los problemas con los anexos o si en esta oportunidad les abren sin inconvenientes.

Gracias



**Ana María De Brigard Pérez**

Presidente

Carrera 4 B # 59-47

Teléfonos (+57 1) 2486162/63

Bogotá –Colombia

[www.amdebrigard.com](http://www.amdebrigard.com)



----- Forwarded message -----

De: **Ana María De Brigard Pérez** <[presidencia@amdebrigard.com](mailto:presidencia@amdebrigard.com)>

Date: mar, 10 may 2022 a las 8:00

Subject: EXPEDIENTE NO. 11001-3103-005-2022-00071-00 ASUNTOS: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA – ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S. - LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

To: <[ccto05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)>

Cc: <[normangarzon1@gmail.com](mailto:normangarzon1@gmail.com)>, <[juan.ospina@clinicadelcountry.com](mailto:juan.ospina@clinicadelcountry.com)>, Monica Andrea Pinilla Quintero <[monica.pinilla@clinicadelcountry.com](mailto:monica.pinilla@clinicadelcountry.com)>, <[claudia.ordonez@holdingclinicadelcountry.com](mailto:claudia.ordonez@holdingclinicadelcountry.com)>, Adriana García Gama <[adrianagarcia@amdebrigard.com](mailto:adrianagarcia@amdebrigard.com)>, <[notificacioneslegales@chubb.com](mailto:notificacioneslegales@chubb.com)>

 [HC Pablo Isaza.zip](#)

SEÑORES

JUZGADO QUINTO (5º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

**REF:** PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.

**DEMANDANTES:** PABLO ISAZA RUÍZ Y OTROS

**DEMANDADA:** ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S Y OTROS.

**EXPEDIENTE NO.** 11001-3103-005-2022-00071-00

**ASUNTOS:** CONTESTACIÓN DEMANDA – LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ, apoderada judicial principal de ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S en los términos del poder conferido por su representante legal y que fue remitido por ella directamente al Despacho a través de su canal oficial de notificaciones, concurro en tiempo a responder la demanda interpuesta por Pablo Isaza Ruíz y familiares, en contra, entre otros sujetos demandados, de mi mandante.

Acompaño a este escrito dos carpetas, que contienen la siguiente información:

**1) ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S**

**CONTESTACIÓN DEMANDA – FORMATO PDF**

- 1.1 **Anexo # 1.** Poder especial conferido para actuar. (1 PDF)
- 1.2 **Anexo # 2.** Certificado de existencia y representación legal actualizado. (1 PDF)
- 1.3 **Anexo # 3.** Historia clínica completa del paciente PABLO ISAZA RUÍZ, junto con sus anexos. (1 ZIP)
- 1.4 **Anexo # 4.** Documento compilado de la Política Institucional de Seguridad del Paciente debidamente actualizado. (1 PDF)
- 1.5 **Anexo # 5.** Pantallazo con el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) radicado a nombre de ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S ante la Secretaria Distrital de Salud y que corrobora que es a nombre de esta persona jurídica a quien se asocian la prestación de servicios sanitarios en todas sus sedes y modalidades de servicio.
- 1.6 **Anexo # 6.** Autoevaluación de cumplimiento de requisitos de habilitación para autorización de actividades y servicios a cargo de los prestadores de servicios de salud – Copia del documento radicado ante la Secretaria Distrital de Salud como presupuesto previo a la prestación de servicios sanitarios.

**2) LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**

**LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S. A CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.S. – FORMATO PDF**

**ANEXO 1 - COPIA ELECTRÓNICA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA No. 45855 EXPEDIDA POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., JUNTO CON SUS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, SUSCRITA POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., CUYO TOMADOR Y ASEGURADO ES ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**

**ANEXO 2 - PRÓRROGA DE LA PÓLIZA 45855 DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA EXPEDIDA POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., DEL 15 DE JUNIO DE 2021 HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2021.**

**ANEXO 3 - RECLAMO FORMAL DIRECTO PRESENTADO POR EL APODERADO DE LA PARTE ACTORA EL 19 DE OCTUBRE DE 2021.**

**ANEXO 4 - CITACIÓN A LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL RECIBIDA EL DÍA 10 DE NOVIEMBRE DE 2021.**

**ANEXO 5 - PDF DEL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.**

**ANEXO 6 - PDF DEL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. EXPEDIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.**

Hemos copiado la anterior información y documentación a los correos electrónicos de la contraparte y de los restantes sujetos procesales.

Para efectos de actualización de nuestros datos de contacto les rogamos tomar nota:

**APODERADA PRINCIPAL: ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ**

[presidencia@amdebrigard.com](mailto:presidencia@amdebrigard.com)

[info@amdebrigard.com](mailto:info@amdebrigard.com)

**APODERADA SUPLENTE: ADRIANA GARCÍA GAMA**

[adrianagarcia@amdebrigard.com](mailto:adrianagarcia@amdebrigard.com)

CELULAR 3166900166

De ustedes con toda atención



**Ana María De Brigard Pérez**

Presidente

Carrera 4 B # 59-47

Teléfonos (+57 1) 2486162/63

Bogotá -Colombia

[www.amdebrigard.com](http://www.amdebrigard.com)



SEÑORES

JUZGADO QUINTO (5°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

**REF:** PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.

**DEMANDANTES:** PABLO ISAZA RUÍZ, LUIS GUILLERMO ISAZA GÓMEZ, XIMENA RUIZ CAMERO Y CAMILO ISAZA RUÍZ

**DEMANDADOS:** ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S., CLÍNICA DEL COUNTRY S.A.S. Y JUAN CAMILO OSPINA RODRÍGUEZ.

**EXPEDIENTE NO. 11001-3103-005-2022-00071-00**

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA – ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.

**ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ**, mayor de edad, vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.699.955 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 44.980 del Consejo Superior de la Judicatura, según poder especial remitido por correo electrónico el día de viernes 6 de mayo desde el canal de notificaciones institucional, conferido por la doctora **MÓNICA ANDREA PINILLA QUINTERO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.955.906, en su condición de Representante Legal (Quinto suplente del Gerente General) de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**, persona jurídica identificada con el NIT. 830.005.028-1 con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, conforme se acredita con el certificado de existencia y representación legal anexo al poder, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal respectiva, me permito dar respuesta a la demanda verbal de responsabilidad civil médica instaurada por PABLO ISAZA RUIZ, LUIS GUILLERMO ISAZA GÓMEZ, XIMENA RUIZ CAMERO Y CAMILO ISAZA RUIZ, en contra de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**, CLÍNICA DEL COUNTRY S.A.S. Y JUAN CAMILO OSPINA RODRÍGUEZ, en los siguientes términos:

<b>OPORTUNIDAD PARA LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA</b>
---

El Decreto 806 de 2020 establece en su artículo octavo lo siguiente:

*“Artículo 8. Notificaciones personales. Las notificaciones que deban hacerse personalmente también podrán efectuarse con el envío de la providencia respectiva como mensaje de datos a la dirección electrónica o sitio que suministre el interesado en que se realice la notificación, sin necesidad del envío de previa citación o aviso físico o virtual. Los anexos que deban entregarse para un traslado se enviarán por el mismo medio. El interesado afirmará bajo la gravedad del juramento, que se entenderá prestado con la petición, que la dirección electrónica o sitio suministrado corresponde al utilizado por la persona a notificar, informará la forma como la obtuvo y allegará las evidencias correspondientes, particularmente las comunicaciones remitidas a la persona por notificar. La notificación personal se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a correr a partir del día siguiente al de la notificación. (...)”*

Teniendo en cuenta que mi mandante recibió el mail de notificación del auto admisorio de la demanda, de la demanda misma y de sus anexos, el 1° de abril de 2022 y que a partir de esa fecha correrían los dos (2) días de notificación (4 y 5), el término de 20 días legales concedidos para contestar la demanda vencería el **10 DE MAYO**.

De manera que al momento de radicación de este escrito lo hacemos dentro de la oportunidad debida.

## A LOS HECHOS

**AL HECHO 1. ES CIERTO.** Sin embargo, con el fin de dar al despacho mayor entendimiento sobre la patología que padecía el señor PABLO ISAZA RUIZ, se hace necesario hacer las siguientes precisiones:

- 1) El paciente PABLO ISAZA RUIZ tenía un diagnóstico de ingreso a las instalaciones hospitalarias operadas por ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S. de “tumor testicular de células germinales no seminomatoso metastásico a retroperitoneo y mediastino”.
- 2) Según nos han sido explicado los expertos que conforman el grupo de atención de la institución que represento, este tumor germinal es el cáncer de testículo más frecuente.
- 3) Antes del advenimiento de los platinos, en los años 70, era la primera causa de muerte por cáncer en hombres jóvenes. Desde la fabricación de este medicamento, la posibilidad de curación de la enfermedad es alta, siempre en relación con el estadio en que se detecta la enfermedad.
- 4) El tumor germinal se divide clásicamente en seminomas y tumores no seminomatosos. Los tumores germinales, con compromiso de retroperitoneo y de mediastino, se clasifican como un estadio III de la enfermedad. Su pronóstico depende del tipo histológico (seminoma vs. no seminoma), del sitio primario de la enfermedad (testículo vs. extratesticular), y del nivel de marcadores al inicio de la quimioterapia (alfa feto proteína, BHCG y LDH).
- 5) Particularmente para el paciente PABLO ISAZA RUIZ, tener un tumor no seminomatoso con metástasis a mediastino y extragonadal significa que padece una tipología de enfermedad agresiva.
- 6) De conformidad con los antecedentes documentados en la historia clínica, la atención inicial de este paciente se dio en otra institución hospitalaria de la ciudad (CLÍNICA REINA SOFÍA), a la cual consultó por presentar adenopatías inguinales, retroperitoneales y mediastinales, al parecer sin masa testicular.
- 7) En consideración a estos hallazgos, se le tomaron exámenes de marcadores Beta HCG que estaban en 4.600 (resultados anormalmente altos), razón por la cual se consideró que el paciente cursaba con un tumor germinal no seminomatoso.
- 8) Se realizó citometría de flujo en biopsia ganglionar (el 21 agosto 2020) que preliminarmente descartó que tuviese un linfoma.
- 9) Al joven ISAZA RUIZ le habían practicado una biopsia retroperitoneal por laparoscopia en la Clínica Reina Sofía, previo a su ingreso a ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S. por primera vez, el día 24 agosto 2020, cuyos resultados aún estaban pendientes. Pero dado que el reporte de la Alfa Feto Proteína (AFP) era de 40.955, era altamente sugestivo que tuviese un tumor germinal no seminomatoso.
- 10) El día 25 agosto 2020 se consignó en la historia clínica un reporte verbal preliminar de la patología extra institucional pendiente, de conformidad con la cual se confirmaba que se trataba de un tumor germinal.

- 11) La ecografía testicular practicada descartó masa en dicho nivel, con lo cual se inició tratamiento con esquema de Cisplatino, Etopósido e Ifosfamida a cargo de la médica internista especialista en oncología, Dra. SANDRA XIMENA FRANCO MILLÁN.
- 12) El reporte final de la biopsia confirmó el diagnóstico de tumor germinal no seminomatoso, con componentes del seno endodérmico 50%, carcinoembrionario 40% y teratoma 10%.
- 13) Desde su ingreso el día 24 de agosto de 2020 a través del servicio de urgencias, el paciente PABLO ISAZA RUIZ refirió presentar un cuadro clínico de 5 días de evolución de exacerbación del dolor abdominal en mesogastrio irradiado a región dorsolumbar e inguinal izquierda de intensidad 10/10. Para ese momento, refería el propio paciente, que presentaba dolor abdominal de un mes de evolución, con pérdida de 12 kilos, hiporexia y masas inguinales en estudio.
- 14) En ese momento fue atendido por un grupo de especialistas en diferentes disciplinas, a saber, Medicina Interna, Cirugía General, Oncología, Urología, Dolor y Cuidados Paliativos y Nutrición, quienes de manera concertada dieron inicio al tratamiento de quimioterapia, de conformidad con las guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
- 15) En el caso concreto se inició un esquema VIP, como se mencionó previamente, compuesto por Cisplatino, Ifosfamida y Etopósido, en total consonancia con la *lex artis ad hoc*.
- 16) Dicho tratamiento de quimioterapia se puede acompañar de tratamiento quirúrgico de resección posterior, en los eventos en que el paciente presente masa residual mayor a 1 cm, como fue el caso del señor ISAZA RUIZ, en quien después de 4 ciclos de quimioterapia se apreciaba tumor residual, de manera que requería el manejo quirúrgico adicional.
- 17) El tratamiento de quimioterapia continúa en forma ambulatoria – de conformidad con los dictados de la ciencia médica –, de manera que sus detalles no forman parte de la historia clínica institucional.

**AL HECHO 2. NO ES CIERTO.** Teniendo en cuenta que se incluyen múltiples afirmaciones en un solo hecho, se hace necesario responderlas en forma independiente.

En este proceso y habiendo tratado de explicarle en detalle la cuestión a la contraparte a efectos de evitar un desgaste innecesario de la administración, se ha encauzado la reclamación en contra de dos personas jurídicas autónomas y diferentes, cuya naturaleza y objeto social están clara y expresamente definidas y que debemos precisar en forma anticipada, con el fin de evitar confusiones ulteriores.

**ADMINISTRADORA DEL COUNTRY S.A.S.** es la persona jurídica que opera el establecimiento de comercio que se identifica con el nombre “*Clínica del Country*” pero no es propietaria de la marca, que pertenece a otra persona jurídica, está de naturaleza mercantil, denominada CLÍNICA DEL COUNTRY S.A.S. que según se observa en su constitución y se confirma en su certificado de existencia y representación legal, no tiene dentro de su objeto social la prestación de servicios sanitarios, de manera que su vinculación al debate resulta completamente improcedente.

Hecha la anterior precisión, y de conformidad con la respuesta al hecho 1, el paciente PABLO ISAZA RUÍZ, debido a su diagnóstico de tumor testicular de células germinales no seminomatoso, metastásico a retroperitoneo y mediastino inició tratamiento de quimioterapia, en total consonancia con los dictados de la ciencia médica.

El 9 de septiembre de 2020 ingresó al servicio de cirugía ambulatoria de adultos para la implantación de un catéter central, en sus palabras: “ME VAN A COLOCAR UN CATÉTER”.

Fue valorado a su ingreso por el profesional de turno del servicio (médico hospitalario) quien consignó en la historia clínica lo siguiente: “PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CA DE CELULAS GERMINALES, QUIEN INGRESA EL DIA DE HOY A COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL PARA CONTINUAR CON SU QUIMIOTERAPIA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, CON RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO, CONSENTIMIENTO QUIRURGICO Y ANESTESICO FIRMADOS Y FORMULARIO DE COVID 19 ADECUADAMENTE DILIGENCIADO POR LO QUE SE DECIDE DAR ADMISION AL PACIENTE PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA MEDICA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.”

De acuerdo con la nota operatoria, el procedimiento de colocación de catéter implantable para quimioterapia transcurrió sin complicaciones, confirmando radiográficamente su correcta localización.

El paciente cursó con una adecuada evolución post operatoria en el área de recuperación, tolerando la vía oral, razón por la cual fue dado de alta con recomendaciones generales y signos de alarma para reconsultar, tal como se encuentra previsto y definido en las guías de práctica clínica.

**AL HECHO 3. NO ES CIERTO COMO SE PLANTEA POR LO QUE SE ACLARA.** Como se ha explicado de manera previa, en este caso particular, la resección del tumor residual fue programada cuando al haber concluido el tratamiento de quimioterapia (4 ciclos), se observaba una masa remanente superior a 1 cm.

Se trataba de una cirugía mayor, consistente en la resección de tumor retroperitoneal con disección de grandes vasos, orquidectomía radical derecha y linfadenectomía retroperitoneal, a cargo de los doctores JUAN CAMILO OSPINA, como cirujano urólogo oncólogo y MANUEL AUGUSTO HOSMAN, como cirujano vascular.

Participaron en el acto anestésico los doctores PABLO ARTURO MÉNDEZ OSORIO y LIDIA ESPERANZA ÁLVAREZ DUEÑAS y como médico hospitalario el doctor SANTIAGO PIÑEROS ARIAS.

El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones y se formuló anticoagulación profiláctica al egreso.

**AL HECHO 4. ES CIERTO.** Como consta en la historia clínica y se indicó en la respuesta al hecho inmediatamente anterior, así se encontraba compuesto el equipo médico durante el acto quirúrgico, el cual estuvo asistido además por personal auxiliar (circulantes, instrumentadoras, enfermeras) necesarios para acometer una cirugía mayor como la requerida por el señor PABLO ISAZA RUÍZ.

**AL HECHO 5. NO ES CIERTO.** Los documentos a los que alude el demandante dan cuenta de que en un mismo tiempo quirúrgico se compartieron intervenciones propias de la especialidad de cirugía urológica oncológica y otras de la especialidad de cirugía

cardiovascular, de manera que cada especialista registró sus propias actividades quirúrgicas y sus tiempos de intervención.

En ese sentido, la anotación realizada por el especialista en urología oncológica textualmente refiere:

“DESCRIPCION DE HALLAZGOS Y PROCEDIMIENTOS:

Doctor: JUAN CAMILO OSPINA RODRIGUEZ Fecha: 24/11/2020 21:15:10 HALLAZGOS: GRAN TUMOR RETROPERITONEAL QUE COMPROMETE E INFILTRA VENA CAVA INFERIOR, VENA RENAL DERECHA, ARTERIA RENAL DERECHA, REGION POSTERIOR DE LA CAVA CON INFILTRACION A NIVEL INTERAORTOCAVO.

PROCEDIMIENTO:

\*\* SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIGUIENDO TODOS LOS PROTOCOLOS PARA LA PANDEMIA DEL SARS COV 2\*\*

BAJO ANESTESIA GENERAL, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES. EN COMPAÑIA CON CIRUGIA VASCULAR SE REALIZA LAPAROTOMIA SUPRA E INFRAUMBILICAL, DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD ABDOMINAL, SE LIBERAN ADHERENCIAS INTRAABDOMINALES. SE REVISCA CAVIDAD ABDOMINAL SE PROCEDE A MANIOBRA DE MATTOX PARA EXPOSICION DEL RETROPERITONEO, SE MEDIALIZA HASTA IDENTIFICACION DE HALLAZGOS DESCRITOS.

SE PROCEDE A DISECCION ROMA Y SECUENCIAL DE LA VENA CAVA INFERIOR HASTA LIBERACION COMPLETA DEL TUMOR FUERTEMENTE ADHERIDO A ESTA CON ALGUNAS LESIONES EN LA CAVA LAS CUALES SE SUTURAN CON PROLENE CARDIOVASCULAR 5.0 SIN GENERAR ESTENOSIS NI OCLUSIONES.

SE REALIZA DISECCION POSTERIOR DE LA CAVA HASTA LIBERACION COMPLETA DEL TUMOR. SE PROCEDE A IDENTIFICACION DE VENA RENAL DERECHA E IZQUIERDA LAS CUALES SE REAPARAN EN VESSEL LOOP.

SE IDENTIFICA ARTERIA RENAL DERECHA E IZQUIERDA, SE PROCEDE A LIBERACION SECUENCIAL DEL TUMOR A NIVEL DEL ILIORENAL DERECHO Y SUPRARENAL DERECHO HASTA LIBERACION COMPLETA CON AYUDA DE HARMONICO.

SE LIBERA DEL LECHO CON HARMONICO SE REALIZA DISECCION DE GRAN CANTIDAD DE GANGLIOS INTERAORTOCAVOS Y SE LOGRA EXRESIS EN BLOQUE.

SE REALIZA ORQUIDECTOMIA DERECHA VIA ABDOMINAL

SE MANDA TODO ESTO EN BLOQUE A PATOLOGIA.

SE REALIZA VACIAMIENTO PARAORTICO HASTA ARTERIA MESENTERICA INFERIOR.

SE DEJA SURGICEL STANDARD EN LECHO QUIRURGICO, SE REVISCA HEMOSTASIA, SE LAVA CAVIDAD CON 1000CC D ESOLUCION SALINA TIBIA.

CIERRE POR PLANOS, APONEUROSIS CON PDS XLH Y PIEL CON MONOCRYL 3.0. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. (...)

Por su parte el especialista en Cirugía Vascular realizó la siguiente descripción de sus hallazgos y procedimientos:

DESCRIPCION DE HALLAZGOS Y PROCEDIMIENTOS:

Doctor: MANUEL AUGUSTO HOSMAN GALINDO Fecha: 24/11/2020 21:00:07 HALLAZGOS: GRAN TUMOR RETROPERITONEAL QUE COMPROMETE E INFILTRA VENA CAVA INFERIOR, VENA RENAL DERECHA, ARTERIA RENAL DERECHA, REGION POSTERIOR DE LA CAVA CON INFILTRACION A NIVEL INTERAORTOCAVO.

PROCEDIMIENTO:

\*\* SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIGUIENDO TODOS LOS PROTOCOLOS PARA LA PANDEMIA DEL SARS COV 2\*\*

BAJO ANESTESIA GENERAL, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES. EN COMPAÑIA CON CIRUGIA UROLOGICA ONCOLOGICA SE REALIZA LAPARTOMIA SUPRA E IFRAUMBILICAL, DISECCION POR PLANOS

HASTA CAVIDAD ABDOMINAL, SE LIBERAN ADHERENCIAS INTRAABDOMINALES.

SE REvisa CAVIDAD ABDOMINAL SE PROCEDE A MANIOBRA DE MATTOX PARA EXPOSICION DEL RETROPERITONEO, SE MEDIALIZA HASTA IDENTIFICACION DE HALLAZGOS DESCRITOS.

SE PROCEDE A DISECCION ROMA Y SECUENCIAL DE LA VENA CAVA INFERIOR HASTA LIBERACION COMPLETA DEL TUMOR FUERTEMENTE ADHERIDO A ESTA CON ALGUNAS LESIONES EN LA CAVA LAS CUALES SE SUTURAN CON PROLENE CARDIOVASCULAR 5.0 SIN GENERAR ESTENOSIS NI OCLUSIONES.

SE REALIZA DISECCION POSTERIOR DE LA CAVA HASTA LIBERACION COMPLETA DEL TUMOR. SE PROCEDE A IDENTIFICACION DE VENA RENAL DERECHA E IZQUIERDA LAS CUALES SE REAPARAN EN VESSEL LOOP.

SE IDENTIFICA ARTERIA RENAL DERECHA E IZQUIERDA, SE PROCEDE A LIBERACION SECUENCIAL DEL TUMOR A NIVEL DEL ILIORENAL DERECHO Y SUPRARENAL DERECHO HASTA LIBERACION COMPLETA CON AYUDA DE HARMONICO.

SE LIBERA DEL LECHO CON HARMONICO SE REALIZA DISECCION DE GRAN CANTIDAD DE GANGLIOS INTERAORTOCAVOS Y SE LOGRA EXRESIS EN BLOQUE.

SE REALIZA ORQUIDECTOMIA DERECHA POR PARTE DE UROLOGIA.

SE MANDA TODO ESTO EN BLOQUE A PATOLOGIA.

SE REALIZA VACIAMIENTO PARAORTICO HASTA ARTERIA MESENTERICA INFERIOR.

SE DEJA SURGICEL STANDARD EN LECHO QUIRURGICO, SE REvisa HEMOSTASIA, SE LAVA CAVIDAD CON 1000 CC DE SOLUCION SALINA TIBIA.

CIERRE POR PLANOS, APONEUROSIS CON PDS XLH Y PIEL CON MONOCRYL 3.0. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

Con base en lo expuesto, no es cierto que hubiesen “*aparecido*” dos descripciones quirúrgicas, como si se tratara de un hecho anormal o sospechoso, sino que cada subespecialista realizó la propia, que aprovechamos para mencionarlo, porque en la demanda se omite, se trataba un procedimiento de alta complejidad y duración prolongada (más de 7 horas), que requería de una gran experiencia, formación y pericia del equipo, dado el compromiso, extensión, variedad e importancia de todas las estructuras comprometidas por el tumor que era necesario intervenir, identificar, separar, disecar y salvaguardar.

Sobre el particular debemos precisar que el recuento de los elementos ingresados a salas de cirugía se realiza en un documento individual, que reposa en la historia clínica, y que no hace parte de la descripción quirúrgica propiamente dicha.

El recuento realizado reporta:

**ClinicadelCountry** **HOJA DE RECuento**

Fecha	NOV 24/20	NOMBRE PABLO BAZARRO IDENTIFICACION: 113271842 #1844-200-4220008-307128	13:35	Cirujano	Dr. Ospina			
Nombre del Paciente				Instrumentadora 1er turno	Alexandra Jospina			
Número de Historia Clínica				Auxiliar 1er turno	Evelyn Ochoa			
Intervención	Resección de tumor retroperitoneal							
Bandejas Instrumental		Número de elementos	Añote los elementos faltantes si los hay					
1. Equipo	Japaratoma	30						
2. Equipo	Acc Japaratoma	12						
3. Equipo	Vasudal	21						
4. Equipo								
5. Accesorio								
6. Accesorio								
Otros elementos								
	Prequirúrgico	Adiciones 1er turno	Conteo intermedio	Adiciones 2º turno	Final			
Compresas	4	+10+10+10+10+10	54	+10+10+5	79			
Reposos	2	+2	4	+2	6			
Mechas								
Gasas	4		4		4			
Torundas	4	+4+4+4+8+8	32	+4	36			
Drenes								
Hipodermicos	1		1	+1	2			
Gomas de HB	2		2		2			
Agujas Japara	7	+2+2	5	+1+2+1	8			
¿Recuento completo?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO		¿Hubo rotura de piezas de instrumental u otros?	SI	NO	N/A
Se tomó RX?	SI		NO	N/A	¿Fueron encontradas todas las piezas?	SI	NO	N/A
Se exploró el campo postoperatorio?	SI		NO	N/A				

Para mayor claridad del despacho, es fundamental señalar que, desde el punto de vista de tratamiento oncológico, para la resección de un tumor retroperitoneal – como el que nos ocupa – con disección de grandes vasos que se encuentran en el retroperitoneo y que son los vasos sanguíneos tanto arteriales como venosos más grandes del cuerpo y que además transportan el mayor flujo de sangre, el sangrado esperado es muy abundante.

En este caso particular, la cirugía tuvo un sangrado estimado de 800 cc, es decir un sangrado intraoperatorio significativo, que requirió la utilización de 79 compresas, lo que evidencia la complejidad del procedimiento.

También en el mismo tiempo quirúrgico se realizó el procedimiento denominado orquidectomía (extirpación del testículo) con epidididectomía radical (extirpación del epidídimo), razón por la cual la cirugía tuvo una duración de 7 horas 10 min iniciándose a las 13:25 y finalizando a las 22:35 horas.

No es una cirugía de rutina en la que los insumos utilizados están a la vista y bajo control visual del equipo, si no que se trata de una intervención de gran complejidad, en la que se deben ingresar más insumos (compresas, gasas, torundas, clips, suturas, etc) dependiendo de las necesidades de los cirujanos, de manera que se cuente con el material necesario para tratar cada eventualidad que se presente dentro del quirófano, se releva el personal de apoyo para evitar eventos de seguridad derivados de la fatiga, entre muchas decisiones y determinaciones propias de la complejidad y dificultad inherente a este tipo de cirugías.

**AL HECHO 6. ES CIERTO**, de acuerdo con la historia clínica correspondiente, el día 24 de agosto de 2021 (es decir, casi 10 meses más tarde) se encuentra el siguiente registro de ingreso: “PROGRAMADO PARA REALIZACIÓN DE RESECCION DE MASA PELVICA VIA ABIERTA A CARGO DEL DR. OSPINA”, el cual transcurrió sin complicaciones, con adecuada evolución, por lo que pudo ser dado de alta el día 29 de agosto de 2021, en buen estado general, sin dolor y con cultivos negativos.

**AL HECHO 7. NO ES CIERTO COMO SE PLANTEA**. Tal como se puede verificar en la historia clínica aportada, la descripción de hallazgos y procedimientos realizado por el especialista Dr. JUAN CAMILO OSPINA RODRÍGUEZ, se transcribe en forma incompleta, razón por la cual me remito y solicito expresamente al Despacho que así proceda (para este y

todos los demás casos) a la fuente original de la información, a fin de evitar contradicciones o transcripciones incorrectas.

En relación con el hallazgo de un cuerpo extraño, ES CIERTO y en total congruencia con los principios éticos de transparencia y debida información, que el cirujano consignó en sus registros y lo informó al interesado y a sus familiares, sin pretender ni ocultarlo ni desconocerlo.

Esa actitud honesta, abierta y franca indica el compromiso del equipo con el paciente y con su derecho a recibir una información clara y fidedigna de su condición, como expresión de la ética profesional.

Nunca, ni entonces ni ahora, ha negado mi mandante o su cuerpo facultativo el incidente, sin embargo se ha descartado que el mismo haya sido fruto del descuido, de ausencia de protocolos o procesos de seguridad. Se trató de un evento fortuito condicionado por la extensión del procedimiento, por el abundante sangrado, por la necesidad de ingresar insumos adicionales a los inicialmente programados, entre muchos factores propios e inherentes a una cirugía mayor como la que se realizaba.

**AL HECHO 8. NO ES CIERTO COMO SE PLANTEA.** Insisto en que las transcripciones incompletas pueden generar duda o confusión, de manera que me remito a la fuente original.

**AL HECHO 9. ES CIERTO,** sin embargo debemos aclarar al apoderado actor y al Despacho que la denominación aludida: "*Objeto extraño dejado accidentalmente en el cuerpo durante otras atenciones médicas y quirúrgicas - (Y618)*" hace referencia a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, cuyo código Y618 describe textualmente lo transcrito y sucedido.

No es una denominación o descripción personal del profesional sino el uso de la codificación internacional obligatoria en el país.

Nuevamente se observa una total transparencia y congruencia del equipo clínico y de la institución en el manejo de la información.

**AL HECHO 10. NO LE CONSTA A MI MANDANTE** si el paciente PABLO ISAZA RUÍZ había sido sometido a otras intervenciones quirúrgicas previas. Me atengo a lo que se encuentre probado.

**AL HECHO 11. NO LE CONSTAN A MI MANDANTE** las presuntas afectaciones alegadas por los demandantes, las cuales deberán ser demostradas con suficiencia en el proceso judicial. En todo caso **NO ES CIERTO** que el oblitio quirúrgico haya sido causado por una *imprudencia, impericia o negligencia*, como lo hemos reconocido y explicado.

Llama la atención, eso sí, que se pretendan equiparar las mismas consecuencias y afectaciones a un evento puntual y superado, afortunadamente sin secuelas ulteriores, con aquellas derivadas de saberse víctima de una enfermedad maligna avanzada.

Sin pretender, porque no lo hecho nunca mi mandante y no lo va a hacer ahora, minimizar la situación fortuita sucedida o desconocer su ocurrencia, no se puede aceptar que se comparen los eventos, ni sus potenciales consecuencias físicas o emocionales.

El oblitio fue un episodio fortuito, que ni antes ni después de su confirmación y retiro ha generado consecuencias o ha dejado secuelas en el paciente y si a ese evento fortuito se le pretende endilgar una falta de confianza en el personal médico, la sola evidencia de la

continuidad de su seguimiento, incluso con el propio galeno, nos haría confirmar que no es cierto.

**AL HECHO 12.** NO LE CONSTA A MI MANDANTE la supuesta situación de preocupación derivada del suceso, por cuanto no es un hecho de mi mandante. Me atengo a lo que efectivamente se encuentre demostrado dentro de la etapa procesal correspondiente.

**AL HECHO 13.** NO LE CONSTA A MI MANDANTE el origen ni la razón del supuesto tratamiento al que se ha sometido el núcleo familiar del señor PABLO ISAZA RUÍZ, ni mucho menos las supuestas afectaciones alegadas. Me atengo a lo que se demuestre efectivamente dentro del proceso judicial.

**AL HECHO 14.** NO ES UN HECHO. Es precisamente el fundamento de esta reclamación y se pretenden dar por ciertos, sin estarlo, los elementos de la responsabilidad civil, cuando solo el curso del debate y cuando el material probatorio se recaude, lo dirá.

Reiteramos, en aras de la verdad, que el elemento subjetivo de la responsabilidad está descartado, en la medida en que lo ocurrido no es fruto de una culpa profesional.

**AL HECHO 15.** NO LE CONSTA A MI MANDANTE, por no ser un hecho propio, la relación de parentesco que se aduce. Nos atenemos a la prueba.

**AL HECHO 16.** Ibídem, no es un hecho propio que le conste a mi mandante. Nos atenemos a la prueba correspondiente.

**AL HECHO 17.** NO ES UN HECHO y en todo caso NO ES CIERTO que los perjuicios reclamados se rijan por *“las sumas o topes indemnizatorios señalados por el Consejo de Estado, tanto para los perjuicios morales, como para los daños a la vida de relación o daños a la salud.”*

Por el contrario, es evidente que las sumas reclamadas exceden los topes que han sido reconocidos en casos análogos y en todo caso, el fundamento de la responsabilidad estatal y los topes utilizados en dicha jurisdicción no serían aplicables en la ordinaria, que tampoco han sido respetados en la presente reclamación, como se verifica con la revisión de los precedentes jurisprudenciales disponibles.

**AL HECHO 18.** NO ES UN HECHO, se trata de una interpretación personal de la sentencia SC - 3728/2021 del 26 de mayo de 2021, que ninguna relación tiene con el caso en cuestión y cuyo fundamento jurídico no encontramos aplicable en este asunto.

La providencia analiza la acción interpuesta por un menor y sus padres, quienes solicitaron el resarcimiento de los perjuicios *“ocasionados con las graves e irreversibles lesiones recibidas por el menor al nacer”*, las cuales atribuyeron a errores en la atención del parto por parte de la entidad hospitalaria.

La sentencia de segunda instancia reconoció la responsabilidad deprecada y condenó a las entidades demandadas. El recurso de casación fue interpuesto por la parte demandante por cuanto, entre otros aspectos debatidos, le fue reconocido a la madre del menor afectado una suma superior a la reconocida al padre, lo cual se consideró por los recurrentes como un trato discriminatorio.

En ese sentido, afirmó la Corporación que en ese asunto el Tribunal *“optó por imponer una interpretación cimentada exclusivamente en un estereotipo de género sobre el papel de la mujer en la sociedad y en la familia, que desconoce el rol activo de los hombres comprometidos con el desarrollo integral y armónico de sus descendientes, y su idoneidad para el cuidado y crianza de los mismos,*

*regla general que solo perdería validez ante la acreditación de circunstancias indicativas de desatención a las obligaciones propias de los padres.”*

Por lo anterior, reconoció al padre del menor la misma suma que fue otorgada a la madre – la cual superaba claramente los topes indemnizatorios, pero no podía modificarse por la limitación propia del recurso interpuesto– pero aclarando que:

*“sin que esto constituya, ni pueda interpretarse como una modificación de la doctrina probable de esta colegiatura en relación con los topes o límites de las condenas al pago de perjuicios extrapatrimoniales que, se reitera, debe ser respetada y acatada por los juzgadores de las instancias.”*

Dicho esto, es claro que no es lo mismo el daño experimentado por la persona directamente afectada, como los perjuicios que puede sufrir su núcleo familiar, cuando se trata de una lesión, sin que ello suponga un trato discriminatorio, como erróneamente lo sugiere el apoderado en su cita.

**AL HECHO 19. NO ES CIERTO COMO SE PLANTEA.** Efectivamente el hecho se confirmó pasados 10 meses de la cirugía inicial, precisamente porque no dio signos ni síntomas durante ese lapso.

En cualquier caso, el uso de información privilegiada eventualmente discutida dentro de una conciliación, de manera alguna se admite como reconocimiento de la responsabilidad.

Tal como todos lo sabemos y lo ha expresado la Corte Suprema de Justicia, una conciliación es una forma legal de resolver directamente un debate, y ofrecer el pago de una posible suma indemnizatoria solo denota el interés en resolver el caso en forma directa, no en dar por ciertos ni admitir los presupuestos de la reclamación.

Cualquier manifestación o análisis que se haya realizado al interior de la audiencia de conciliación no puede ser utilizado como prueba, pues desnaturaliza por completo el ejercicio de este mecanismo de resolución alternativa de conflictos.

En ese sentido, la Corte Suprema de Justicia en su Sala Laboral ha señalado:

*“De lo dicho por la libelista se infiere que, en últimas, lo que pretende es que, las expresiones vertidas por Mosquera García, en la audiencia de conciliación, celebrada ante el Ministerio de Trabajo, el 18 de octubre de 2012, constituyan confesión, lo cual, no es posible, dado que de aceptarse, ello desnaturalizaría y haría inoperante dicho mecanismo de solución de conflictos, en el que las partes pueden concurrir de manera desprevénida, exponer su posición, plantear propuestas, y en síntesis, adelantar un diálogo con plena confianza en que lo allí tratado, no servirá como puntal para derruir sus pretensiones futuras. Sobre la temática antes enunciada, esta Corporación en fallo CSJ SL 3 nov. 2010, rad. 37936, enseñó:*

*Ahora bien, la posición de la Sala en torno a la acusación planteada por la censura, se encuentra contenida en la sentencia del 26 de mayo de 2000, radicación 13400, en que se apoya la acusación, y en la que claramente se define que no constituyen confesión, ni pueden ser esgrimidas como tal, las afirmaciones hechas por las partes durante una audiencia de conciliación, dentro del juego de las ofertas y contrapropuestas, sobre los hechos y razones que fundamentan sus distintas posiciones para reclamar o rechazar un determinado derecho, pues, de otro modo, se haría imposible toda negociación ante el temor*

suscitado entre las partes de comprometer su reclamación o excepción, en caso de no lograrse acuerdo.<sup>1</sup> (Resaltado fuera de texto original)

Por su parte, la Sala Civil de la misma Corporación ha indicado:

*“Pero, además, relativamente al punto, el juzgador incurrió en otro desacierto mayúsculo, valga evidenciarlo de una vez, consistente en tener como confesión espontánea, aquellas manifestaciones que las partes exteriorizaron en el ámbito propio de la conciliación.*

*Ciertamente, en repetidas ocasiones la Corte ha expuesto que:*

*“Pero además, no sobra precisar que la conciliación, sea judicial o extrajudicial (ley 640 de 2001), no comporta una confesión, de una parte, porque la normatividad no le tiene asignados esos efectos (art. 194 C. de P. C.); de otra, por que en asuntos como el de esta especie, la asunción de compromisos de cualquier naturaleza, alrededor de un acto conciliatorio, como se esbozó en precedencia, no es, en línea de principio, reflejo de aceptación de responsabilidad como efecto de algún comportamiento culposo, por lo que al no contemplarlo en esos precisos términos la legislación, ni la naturaleza del acto permite inferirlo, no puede la parte demandada atribuirle la calificación a que alude en su escrito de objeción, menos pretender generarle los efectos mentados. Por supuesto que el ánimo conciliatorio puede estar motivado por un balance de costos y beneficios que al interesado le reporte el proceso y que lo determine a un arreglo, independientemente de la situación fáctica que sustente en el juicio, la cual puede momentáneamente abandonar para tales efectos, y sólo con tal fin. En esa hipótesis ningún ánimo de confesar le asiste pues solamente pretende arreglar un problema de la manera que considera más conveniente a sus intereses” (Sent. Cas. Civil., 31 de mayo de 2007, Exp. 2000 00235 01).*

*Sin duda, el contexto dentro del cual se realizaron los comentarios de la representante legal de la demandada, de la que el ad-quem rescató una supuesta confesión, no fue otro que el de la conciliación, etapa en la que las partes pueden hacer ciertas manifestaciones con un propósito muy distinto al de admitir, con explícita intención de confesar, cuestiones que le son adversas. Se trata de una etapa en la que las partes discurren en torno a la mejor solución del conflicto, sin que pueda inferirse, ineludiblemente, que lo aseverado sea admitido como cierto por los litigantes.”<sup>2</sup>*

Con base en lo expuesto, no deben incorporarse como parte de la *causa petendi* o fundamento fáctico de la demanda, las discusiones que puedan haberse dado dentro del contexto de una audiencia de conciliación extrajudicial, ni mucho menos deberían ser objeto de discusión en un proceso como el que nos ocupa.

**AL HECHO 20.** ES CIERTO que no se llegó a un acuerdo conciliatorio, no aceptamos el resto de consideraciones.

**AL HECHO 21.** NO ES UN HECHO. Es un presupuesto para el ejercicio de la acción.

---

<sup>1</sup> Sentencia Sala de Casación Laboral – Sala de Descongestión – Corte Suprema de Justicia. Magistrada ponente: Jimena Isabel Godoy Fajardo SL175-2021. Radicación n.º71828 Bogotá D.C., tres (3) de febrero de dos mil veintiuno (2021).

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil Magistrado Ponente: Pedro Octavio Munar Cadena. Bogotá, Distrito Capital, dieciocho (18) de enero de dos mil diez (2010). Ref: Exp. No. 13001 3103 006 2001 00137 01

## A LAS PRETENSIONES

Expresamente me opongo de manera general a todas y cada una de las declaraciones, pretensiones y condenas, sean estas principales o subsidiarias, directas o indirectas, individuales o solidarias incluidas en la demanda, toda vez que no se cumplen los requisitos *sine qua non* para declarar la responsabilidad de mi mandante.

**A LA PRETENSIÓN 1.** Me OPONGO a que se declare a mi mandante responsable solidariamente por cuanto no se configuran los elementos de la responsabilidad deprecada.

**A LA PRETENSIÓN 2.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación de los perjuicios alegados, toda vez que no se reúnen en el presente asunto los elementos *sine qua non* para atribuirle responsabilidad.

**A LA PRETENSIÓN 3.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación de los perjuicios con fundamento en las tablas de indemnización de la Jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, no sólo por cuanto no se cumplen con los elementos propios de la responsabilidad alegada y los parámetros de la responsabilidad estatal no se aplican a las entidades de derecho privado, sino por cuanto la tasación efectuada excede los criterios establecidos por dicha Corporación.

**A LAS MARCADAS COMO 3.1, 3.1.1 y 3.1.2.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación del daño moral y daño a la "*vida de relación o derecho a la salud*" en las cuantías solicitadas por el señor PABLO ISAZA RUÍZ, pues las mismas no se ajustan a los criterios Jurisprudenciales establecidos, ni tampoco cumplen con los supuestos de hecho para su reconocimiento.

**A LAS MARCADAS COMO 3.2, 3.2.1 y 3.2.2.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación del daño moral y daño a la "*vida de relación o derecho a la salud*" en las cuantías solicitadas por el señor LUIS GUILLERMO ISAZA GÓMEZ, pues las mismas no se ajustan a los criterios Jurisprudenciales establecidos, ni tampoco cumplen con los supuestos de hecho para su reconocimiento.

**A LAS MARCADAS COMO 3.3, 3.3.1 y 3.3.2.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación del daño moral y daño a la "*vida de relación o derecho a la salud*" en las cuantías solicitadas por la señora XIMENA RUÍZ CAMERO, pues las mismas no se ajustan a los criterios Jurisprudenciales establecidos, ni tampoco cumplen con los supuestos de hecho para su reconocimiento.

**A LAS MARCADAS COMO 3.4, 3.4.1 y 3.4.2.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación del daño moral y daño a la "*vida de relación o derecho a la salud*" en las cuantías solicitadas por el señor CAMILO ISAZA RUÍZ, pues las mismas no se ajustan a los criterios Jurisprudenciales establecidos, ni tampoco cumplen con los supuestos de hecho para su reconocimiento.

**A LA PRETENSIÓN 4.** Me OPONGO a la pretensión SUBSIDIARIA que se condene a mi mandante a la reparación de los perjuicios con fundamento en los límites establecidos por la Corte Suprema de Justicia, toda vez que la cuantía solicitada excede por completo los lineamientos jurisprudenciales establecidos.

**A LAS MARCADAS COMO 4.1, 4.1.1 y 4.1.2.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación del daño moral y a la vida de relación en las cuantías solicitadas por el señor PABLO ISAZA RUÍZ, pues las mismas no se ajustan a los criterios

Jurisprudenciales establecidos, ni tampoco cumplen con los supuestos de hecho para su reconocimiento.

**A LAS MARCADAS COMO 4.2, 4.2.1 y 4.2.2.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación del daño moral y a la vida de relación en las cuantías solicitadas por el señor LUIS GUILLERMO ISAZA GÓMEZ, pues las mismas no se ajustan a los criterios Jurisprudenciales establecidos, ni tampoco cumplen con los supuestos de hecho para su reconocimiento.

**A LAS MARCADAS COMO 4.3, 4.3.1 y 4.3.2.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación del daño moral y a la vida de relación en las cuantías solicitadas por la señora XIMENA RUÍZ CAMERO, pues las mismas no se ajustan a los criterios Jurisprudenciales establecidos, ni tampoco cumplen con los supuestos de hecho para su reconocimiento.

**A LAS MARCADAS COMO 4.4, 4.4.1 y 4.4.2.** Me OPONGO a que se condene a mi mandante a la reparación del daño moral y a la vida de relación en las cuantías solicitadas por el señor CAMILO ISAZA RUÍZ, pues las mismas no se ajustan a los criterios Jurisprudenciales establecidos, ni tampoco cumplen con los supuestos de hecho para su reconocimiento.

Reiteramos que nuestra oposición a las pretensiones indemnizatoria perseguidas con esta acción se fundamenta en que se pretende dar a la jurisprudencia un alcance que no tiene y a que se intentan comparar eventos de secuelas permanentes o aún de muerte, con una situación diametralmente distinta, pasajera y superable.

En primer lugar la sentencia citada en el punto final de los hechos de la demanda no expresa que *“en caso de lesiones, como aquí ocurre, las indemnizaciones deberán fijarse un poco por debajo de los límites señalados para el caso de muerte, aspecto que está siendo completamente desconocido por los demandados.”*

Por el contrario, la providencia señala que en el caso concreto de las lesiones del menor que sufrió asfixia perinatal y quien según la demanda *“dependerá de otros para toda su vida y no podrá disfrutar de los placeres cotidianos”* los mismos se tasarán cercano a los topes indemnizatorios máximos para este daño extrapatrimonial, por la severidad y persistencia de la alteración sufrida por el menor.

En ese sentido, la precitada sentencia de la Corte Suprema de Justicia, traída a colación por el apoderado actor señaló:

*“El daño moral, por su parte, recae en la dimensión afectiva del individuo, sobre lo más íntimo de su ser, ocasionándole sentimientos de tristeza, dolor, frustración, impotencia, congoja, angustia, zozobra, desolación y pesar, entre otras emociones que quebrantan el espíritu.*

*Por su naturaleza, resulta ser también inconmensurable e inestimable económicamente, de ahí que con miras a reparar a quien lo padece, deba procurarse un desagravio en virtud del cual la pena se haga más llevadera, es decir, si bien nunca será posible alcanzar una sustitución exacta de la pérdida sufrida, puede intentarse una compensación encaminada a «mitigar, paliar o atenuar, en la medida de lo posible, las secuelas y padecimientos que afectan a la víctima» (CSJ, SC 13 may. 2008, rad. 1997-09327-01; SC16690, 17 nov. 2016, rad. 2000-00196-01).*

*Se trata, ha señalado la doctrina, de “proporcionar al perjudicado o lesionado una satisfacción por la aflicción y la ofensa que se le causó, que le otorgue no ciertamente una indemnización propiamente dicha o un equivalente mensurable por la pérdida de su tranquilidad y -placer de vivir, pero sí una cierta compensación por la ofensa sufrida y por la injusticia contra él personalmente cometida ...”.*

*La determinación de su quantum, aunque no es tarea fácil, es jurídicamente factible, y para ello es necesario acudir al «marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador» (SC665, 7 mar. 2019, rad. 2009-00005-01).*

*4. Debido a que ambas clases de daño pueden irrogarse a una o a varias personas, a todos los ofendidos con el mismo evento les asiste un interés legítimo en reclamar el resarcimiento del detrimento individual, concreto y específico de que se estimen acreedores, y para ello le corresponde al juez, con sujeción a la causa petendi de la demanda y al material probatorio acopiado en el proceso, elucidar el alcance real de tales perjuicios.*

*Particularmente, tratándose del daño a la esfera del relacionamiento, el administrador de justicia habrá de analizar las privaciones, obstáculos, limitaciones y alteraciones concretas que, a consecuencia del hecho ofensivo, deban afrontar, en adelante, la víctima directa y las personas de su entorno más cercano que también experimenten tales afectaciones. Y, en punto de la lesión moral, de acuerdo con la entidad y gravedad del evento, será admisible, incluso, presumir la existencia de sufrimiento espiritual y aflicción.*

*En todo caso, el funcionario judicial deberá recurrir a criterios de equidad, reparación integral y razonabilidad en la labor de justiprecio de la indemnización por tales conceptos.”*

3

Con base en lo anterior, la gravedad de la lesión y las afectaciones que de la misma se hayan derivado, permitirán al fallador determinar la cuantía de este perjuicio extrapatrimonial en el caso concreto, sin que sea cierto que en todos los casos deba reconocerse un valor cercano al tope indemnizatorio máximo para todos los reclamantes.

Por su parte, la Jurisdicción Contenciosa Administrativa ha señalado en el documento de unificación<sup>4</sup>, incluso el valor del porcentaje que debe ser reconocido en el caso de lesiones, dependiendo de la gravedad de las mismas, adoptando para ello la siguiente tabla:

---

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil Magistrada Ponente: HILDA GONZÁLEZ NEIRA. Bogotá, D.C., veintiséis (26) de agosto de dos mil veintiuno (2021). SC3728-2021 Radicación n.º 68001-31-03-007-2005-00175-01

<sup>4</sup> DOCUMENTO FINAL APROBADO MEDIANTE ACTA DEL 28 DE AGOSTO DE 2014 REFERENTES PARA LA REPARACIÓN DE PERJUICIOS INMATERIALES. Sección Tercera – Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo.

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
<b>GRAVEDAD DE LA LESIÓN</b>	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	<b>S.M.L.M.V.</b>	<b>S.M.L.M.V.</b>	<b>S.M.L.M.V.</b>	<b>S.M.L.M.V.</b>	<b>S.M.L.M.V.</b>
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

Es por estas razones, legales, jurisprudenciales y fácticas, que rechazamos la cuantificación del daño perseguido.

**A LA PRETENSIÓN 5.** Me OPONGO a esta pretensión por improcedente.

#### A LA COMPETENCIA, CUANTÍA Y PROCEDIMIENTO

En relación con el monto de la cuantía que sirve de fundamento a la presente acción, debe indicarse que la misma solo se acepta por razones de competencia y de trámite en la medida en que, de acuerdo con la doctrina vigente sobre la materia, todo daño, ya sea patrimonial o extrapatrimonial, debe ser plenamente probado por quien lo reclama, tanto en su monto, como en su existencia y su causalidad.

#### AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Si bien, de acuerdo con el artículo 206 del Código General del Proceso, frente a los perjuicios extrapatrimoniales – como lo expone la parte actora – no aplica la estimación jurada, no por ello se debe dejar de advertir que la parte interesada mantiene su obligación de demostrar la existencia y causalidad del perjuicio reclamado.

#### A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO

Niego que los fundamentos normativos invocados por la parte actora sean los aplicables al caso en cuestión, ya que en el presente asunto no se configuran los requisitos necesarios para atribuirle responsabilidad a mi mandante.

Adicionalmente se realiza una mixtura entre el tipo de responsabilidad pretendida, lo cual claramente contraviene la posición decantada de la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil sobre la materia.

#### A LAS PRUEBAS SOLICITADAS O ANUNCIADAS EN LA DEMANDA

##### **A LA PRUEBA PERICIAL:**

En el acápite correspondiente la parte actora anunció que aportaría una prueba pericial, la cual al momento de presentación de este escrito aún no ha sido incorporada. Por lo

anterior, me reservo el derecho de contradicción de la prueba pericial, para el momento procesal pertinente.

## EXCEPCIONES DE MÉRITO

### **PRIMERA: INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN CABEZA DE ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**

En el marco del derecho civil, para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa, que de esta sobrevengan perjuicios al demandante y que exista una relación causal entre la culpa y el daño, es decir, que se requiere de la existencia de tres elementos a saber:

1. Para atribuir responsabilidad – sea esta de naturaleza contractual o extracontractual – es imprescindible que se acredite la existencia de una conducta activa u omisiva de carácter culposa o dolosa.

No puede desconocerse que para asuntos en los que se debata un presunto daño derivado de la prestación de servicios de salud y en especial de la actividad médica, la culpa debe ser analizada bajo los parámetros de la *lex artis ad hoc*, es decir, mediante la comparación entre la conducta desplegada por el agente y las reglas o recomendaciones impartidas por la comunidad científica denominada *ley del arte*; de manera que la “culpa profesional” ha sido entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación que el presunto autor del daño ante las mismas circunstancias externas.

Al respecto, es relevante traer a colación los Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia, con base en los cuales se define la seguridad del paciente como “*el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.*”

Con base en lo anterior, la institución sanitaria debe adoptar todas las medidas tendientes a minimizar la ocurrencia de un evento de esta naturaleza, sin que sea posible exigir un determinado resultado, por cuanto existen factores que aumentan la probabilidad de su ocurrencia.

En este caso, la institución de salud que represento adoptó todas las medidas señaladas en los protocolos institucionales para minimizar este tipo de eventos, sin que exista entonces una actuación culposa o negligente en los procesos organizativos o se configure lo que la Jurisprudencia Nacional ha denominado “culpa organizacional” en cabeza de la persona jurídica.

2. El nexo causal, que es la relación de causalidad que debe existir entre la culpa y el daño ocasionado. En el caso que nos ocupa se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas.
3. Finalmente, el daño que es el menoscabo de una situación jurídica favorable por cuenta de una actuación culposa del agente, que deberá ser demostrado por la parte actora tanto en su existencia como en su cuantía y su causalidad.

### **SEGUNDA: APRECIACIÓN DEL ACTO MÉDICO - NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES MÉDICO ASISTENCIALES.**

La Jurisprudencia ha sido clara en señalar que las obligaciones en el campo de la responsabilidad médica son de medio y no de resultado. Por ende, puede afirmarse que los profesionales de salud no están obligados “(...) a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones”<sup>5</sup>.

Así las cosas, y como lo ha reconocido la doctrina nacional e internacional, la obligación del médico (por extensión la de las instituciones prestadoras de servicios de salud) en este tipo de asuntos es de medios y no de resultado, pues estamos frente a una de las llamadas profesiones liberales, donde el deudor asume la obligación de mera actividad, pues a dichos profesionales solo se les puede exigir una conducta solícita y diligente, en virtud de la cual han de procurar obtener la curación sin que el resultado (mejoría del paciente o prevención de una patología), haga parte del alcance del débito prestacional.

Así lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, desde 1940: “[...] el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o la no curación de éste [...]”

Por su parte el artículo 104 de la Ley 1438 del año 2011 prescribe lo siguiente: "**Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.** Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. **El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.** (...)” (Negrilla fuera de texto)

En efecto, el reconocimiento de que existen múltiples variables no controlables dentro de la actividad sanitaria institucional, ha determinado que los organismos rectores hayan enunciado las normas sobre el sistema obligatorio de garantía de la calidad en la forma anotada (la adopción de medidas tendientes a), distinguiéndolas de las garantías de productos o de resultados clínicos.

### **TERCERA: INEXISTENCIA DE UN PRESUNTO ERROR U OMISIÓN DIAGNÓSTICA**

Frente al error diagnóstico ha indicado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

*“2.2.1 El diagnóstico está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la “anamnesis”, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.*

*Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se*

---

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. MP: José Fernando Ramírez.

presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.

**En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen.** Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.

Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.

Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron.

**En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.”**<sup>6</sup> (Resaltado nuestro)

En el caso que nos ocupa, esto resulta relevante, puesto que el hallazgo del cuerpo extraño retirado el 27 de agosto de 2021, no presentó de manera previa ningún tipo de signo o síntoma indicativo de su ocurrencia.

No hubo entre el 24 de noviembre de 2020 y el 27 de agosto de 2021, según lo consignado en la historia clínica, algún tipo de signo o síntoma que alertara al personal de la institución sobre la presencia del cuerpo extraño, razón por la cual no podría atribuirse responsabilidad por un error diagnóstico.

---

<sup>6</sup> Sentencia Corte Suprema de Justicia del 26 de noviembre 2010. Ref.: Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01. MP: Pedro Octavio Munar Cadena

#### CUARTA: RUPTURA DEL NEXO CAUSAL – EXISTENCIA DE UNA CAUSA EXTRAÑA

Ha señalado la Jurisprudencia que aquellas circunstancias ajenas, impredecibles e irresistibles necesariamente destruyen el nexo de causalidad entre la atención brindada por la entidad que represento y el daño deprecado.

En éste orden de ideas, resulta pertinente la siguiente cita:

*“En lo referente a la imprevisibilidad, suele entenderse por tal aquella circunstancia respecto de la cual “no sea posible contemplar por anticipado su ocurrencia”, toda vez que “prever, en el lenguaje usual, significa ver con anticipación” entendimiento de acuerdo con el cual el agente causante del daño sólo podría invocar la configuración de la causa extraña cuando el hecho alegado no resulte imaginable antes de su ocurrencia, cuestión de suyo improbable si se tiene en cuenta que el demandado podría prefigurarse, aunque fuese de manera completamente eventual, la gran mayoría de eventos catalogables como causa extraña antes de su ocurrencia, más allá de que se sostenga que la imposibilidad de imaginar el hecho aluda a que el mismo jamás hubiera podido pasar por la mente del demandado o a que éste deba prever la ocurrencia de las circunstancias que resulten de más o menos probable configuración o a que se entienda que lo imprevisible está relacionado con el conocimiento previo de un hecho de acaecimiento cierto.*

*Sin embargo, el carácter imprevisible de la causa extraña también puede ser entendido como la condición de “imprevisto” de la misma, esto es, de acontecimiento súbito o repentino, tal y como lo expresan tanto el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, como el artículo 64 del Código Civil y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, de acuerdo con la cual “imprevisible será cuando se trate de un acontecimiento súbito, sorpresivo, excepcional, de rara ocurrencia”. La recién referida acepción del vocablo “imprevisible” evita la consecuencia a la cual conduce el entendimiento del mismo en el sentido de que se trata de aquello que no es imaginable con anticipación a su ocurrencia, toda vez que esta última comprensión conllevaría a que la causa extraña en realidad nunca operase, si se tiene en cuenta que prácticamente todos los sucesos que ocurren a diario ya han sido imaginados por el hombre.*

*No está de más señalar, en cualquier caso, que la catalogación de un determinado fenómeno como imprevisible excluye, de suyo, la posibilidad de que en el supuesto concreto concorra la culpa del demandado, pues si éste se encontraba en la obligación de prever la ocurrencia del acontecimiento al cual se pretende atribuir eficacia liberatoria de responsabilidad y además disponía de la posibilidad real y razonable de hacerlo, entonces los efectos dañinos del fenómeno correspondiente resultarán atribuibles a su comportamiento culposo y no al advenimiento del anotado suceso. **Culpa e imprevisibilidad, por tanto, en un mismo supuesto fáctico, se excluyen tajantemente.***

*Así pues, resulta mucho más razonable entender por imprevisible aquello que, pese a que pueda haber sido imaginado con anticipación, resulta súbito o repentino o aquello que no obstante la diligencia y cuidado que se tuvo para evitarlo, de todas maneras acaeció, con independencia de que hubiese sido mentalmente figurado, o no, previamente a su ocurrencia.”<sup>7</sup> (Subraya y negrita fuera de texto)*

---

<sup>7</sup> Sentencia del 26 de marzo de 2008. Consejo de Estado – Sala de lo contencioso administrativo – Sección Tercera. Consejero Ponente Mauricio Fajardo Gómez. Radicación número: 85001-23-31-000-1997-00440-01(16530)

En este asunto, habiéndose realizado el conteo de compresas y tomando una radiografía intraoperatoria que no reflejó ningún cuerpo extraño, no resultaba previsible la situación presentada, constituyéndose entonces en una causa extraña para mi representada.

### EXCEPCIÓN GENÉRICA

Propongo la excepción conocida como genérica, de conformidad con la cual deben ser declaradas por el Juzgador todas aquellas excepciones, fundadas en la Ley y la Constitución que resulten probadas, sin perjuicio de que hayan sido expresamente enunciadas en este escrito.

### PRUEBAS

Solicito se admitan, decreten y practiquen, las siguientes pruebas:

#### 1. DOCUMENTALES:

Acompaño a la presente contestación los siguientes documentos para que sean tenidos como prueba dentro del proceso:

- 1.1 **Anexo # 1.** Poder especial conferido para actuar. (1 PDF)
- 1.2 **Anexo # 2.** Certificado de existencia y representación legal actualizado. (1 PDF)
- 1.3 **Anexo # 3.** Historia clínica completa del paciente PABLO ISAZA RUÍZ, junto con sus anexos. (1 ZIP)
- 1.4 **Anexo # 4.** Documento compilado de la Política Institucional de Seguridad del Paciente debidamente actualizado. (1 PDF)
- 1.5 **Anexo # 5.** Pantallazo con el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) radicado a nombre de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S** ante la Secretaria Distrital de Salud y que corrobora que es a nombre de esta persona jurídica a quien se asocian la prestación de servicios sanitarios en todas sus sedes y modalidades de servicio.
- 1.6 **Anexo # 6.** Autoevaluación de cumplimiento de requisitos de habilitación para autorización de actividades y servicios a cargo de los prestadores de servicios de salud – Copia del documento radicado ante la Secretaria Distrital de Salud como presupuesto previo a la prestación de servicios sanitarios.

#### 2. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito respetuosamente la citación de los demandantes PABLO ISAZA RUIZ, LUIS GUILLERMO ISAZA GÓMEZ, XIMENA RUIZ CAMERO Y CAMILO ISAZA RUIZ, con el fin de interrogarlos sobre los hechos de la demanda.

#### 3. DECLARACIÓN DE PARTE:

Solicito respetuosamente la citación del Dr. JUAN CAMILO OSPINA RODRÍGUEZ, con el fin de interrogarlo sobre los hechos de la demanda, así como los hechos sobre los cuales se funda la contestación de la demanda.

#### 4. TESTIMONIALES TÉCNICOS:

Solicito que se llamen a declarar, atendiendo su doble calidad de testigos de los hechos y de expertos, para que en audiencia y bajo juramento depongan sobre los hechos relatados en esta contestación, en especial todo lo que conozcan y esté relacionado con la atención

del señor PABLO ISAZA RUÍZ, además de asuntos puntuales que mencionaré a continuación, a los siguientes profesionales de la medicina:

- 1) Dra. **SANDRA XIMENA FRANCO MILLÁN**, médica internista oncóloga, tratante del señor Isaza Ruíz por su enfermedad maligna, quien podrá deponer sobre la tipología de enfermedad diagnosticada, su pronóstico y plan de atención y muy especialmente las condiciones de salud observadas por ella en el periodo de tiempo comprendido entre la cirugía practicada el 24 de noviembre de 2020 y la extracción de cuerpo extraño el 24 de agosto de 2021 y demás asuntos que le consten y resulten relevantes para esclarecer los hechos objeto de debate.
- 2) Dr. **MANUEL AUGUSTO HOSMAN GALINDO**, médico especialista en cirugía vascular, quien participó de la cirugía de resección de tumor residual el 24 de noviembre de 2020 a fin de que explique las razones de su participación en dicho evento operatorio, las características de la lesión encontrada, la clasificación de la intervención en función del riesgo, la descripción del acto operatorio a su cargo, las circunstancias advertidas durante el conteo de material e insumos, entre otros asuntos que le consten y contribuyan a esclarecer los temas objeto de este debate.
- 3) Dra. **MARÍA LUCÍA GRUESO ANGULO**, Jefe de Calidad de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**, a fin de que, desde su perspectiva, conocimientos expertos y cargo, explique que son las políticas de seguridad del paciente, quien y como se adoptan e implementan al interior de la organización, quien y porque se habilitan los servicios de salud, que normas rigen el tema de la habilitación, acreditación y en general como y bajo qué preceptiva se cumplen las disposiciones relacionadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad dentro del Sistema General de Seguridad en Salud en Colombia y en especial en la institución **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**
- 4) Dr. **IVÁN RIAÑO FORERO**, Jefe de Gestión y Ética Clínica, médico internista especialista en cuidado intensivo y magister en Bioética a fin de que desde su formación, experiencia y conocimientos deponga acerca de los hallazgos obtenidos en las revisiones de caso realizadas a la atención de PABLO ISAZA RUÍZ, las características y demás circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se prestaron los servicios al paciente, la acreditación de procesos de salas de cirugía y en general lo que conozca y resulte relevante para esclarecer las materias en cuestión.

Los anteriores especialistas podrán ser citados directamente por el Despacho a través de sus cuentas personales de correo electrónico, que serán suministradas cuando el Juzgado lo requiera o por mí, como parte interesada en la prueba, o a través de la oficina jurídica de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**, localizada en la Carrera 16 # 82 – 57 de Bogotá.

Rogamos al Despacho que la recepción de las pruebas testimoniales se realice a través de medios tecnológicos que faciliten a los testigos su asistencia y la destinación de su agenda de trabajo para la atención de esta actuación judicial.

<b>ANEXOS</b>
---------------

1. Los relacionados en el acápite de pruebas documentales que se aportan.
2. Copia del poder especial, conferido por la representante legal suplente de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.** a la suscrita como apoderada principal y a la Doctora **ADRIANA GARCÍA GAMA** como suplente, cuyo original fue remitido directamente al correo del despacho en mensaje de datos.

3. Certificado de existencia y representación legal de **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**

<b>NOTIFICACIONES</b>
-----------------------

**ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.** las recibe en su sede principal ubicada en la Carrera 16 # 82 - 57 de Bogotá y en sus correos electrónicos [notificacionescdc@clinicadelcountry.com](mailto:notificacionescdc@clinicadelcountry.com) [ana.zakzuk@clinicadelcountry.com](mailto:ana.zakzuk@clinicadelcountry.com)

La suscrita apoderada judicial principal en la Secretaría de su Despacho y en mi oficina de abogada ubicada en la Carrera 4B No. 59 - 47, teléfonos 2486162 y 3459128 de la ciudad de Bogotá y en mis correos electrónicos: [presidencia@amdebrigard.com](mailto:presidencia@amdebrigard.com)  
[info@amdebrigard.com](mailto:info@amdebrigard.com)

Por su parte la apoderada suplente, Dra. Adriana García Gama, las recibe en la misma dirección física de la principal y en su correo electrónico [adrianagarcia@amdebrigard.com](mailto:adrianagarcia@amdebrigard.com) y en su teléfono móvil 316 6900166.

Del señor Juez respetuosamente,



**ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ**  
C.C. No. 51.699.955 de Bogotá  
T.P. No. 44.980 del C. S. de la J.  
[presidencia@amdebrigard.com](mailto:presidencia@amdebrigard.com)

**Póliza Ant.:**

<b>Ramo</b> 12 RESPONSABILIDAD	<b>Operación</b> 01 Poliza Nueva	<b>Póliza</b> 45855	<b>Anexo</b> 0	<b>Referencia</b> 12004585500000
<b>Sucursal</b> 03 BOGOTA	<b>Vigencia del Seguro</b> Desde Año Mes Día Hora	<b>Hasta</b> Año Mes Día Hora	<b>Fecha de Emisión</b> Año Mes Día	
	2020 06 15 00	2021 06 14 24	2020 06 25	
<b>Tomador</b> <b>Dirección</b>	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S CRA 16 82 57	<b>C.C. O NIT</b> 8300050281 <b>Ciudad</b> BOGOTA		
<b>Asegurado</b> <b>Dirección</b>	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S CRA 16 82 57	<b>C.C. O NIT</b> 8300050281 <b>Ciudad</b> BOGOTA		
<b>Beneficiario</b> <b>Dirección</b>	TERCEROS AFECTADOS ND	<b>C.C. O NIT</b> IIIII <b>Ciudad</b> -		
<b>Intermediario</b> 22070 41683	ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES CAZ ASESORES DE SEGUROS LTDA			

**Información del Riesgo:** La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN COMUNICACION DEL BROKER SE EMITE LA PRESENTE POLIZA. PLAZO DE PAGOS A 30, 60, 90 Y 120 DÍAS PARA EL PAGO DE LA PRIMA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.

La mora en el pago de la prima de la presente 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 compañía de seguros para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la expedición de la póliza.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

CLIENTE

Valor Prima	527.000.000,00	\$ COP
Gastos Exped.	0,00	\$ COP
I.V.A.	100.130.000,00	\$ COP
<b>Total a Pagar</b>	<b>627.130.000,00</b>	<b>\$ COP</b>

*[Handwritten signatures]*

TOMADOR

Chubb Seguros Colombia S.A.

**Referencia de Pago**  
12004585500000

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

**Forma de Pago**

Efectivo		\$
Cheque	Cod Bco	\$
Cheque	Cod Bco	\$
<b>Total a pagar</b>		\$

**Tomador** ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025    | <input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807 |
| <input type="checkbox"/> Bco Occidente Cta Cte 288038185 | <input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066    |
| <input type="checkbox"/> Grupo Almacenes Exito           |  |

También puede realizar el pago en línea a través de nuestra página web [www.chubb.com.co](http://www.chubb.com.co)  
 Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)



415770999800062980201200458550000039000000000009600000000

(415)7709998000629(8020)1200458550000(3900)000000000(96)00000000

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ENTIDAD BANCARIA

VAVARG



*[Handwritten signature]*



Nit 860.026.518-6

<b>Referencia de Pago Electrónico</b> <b>12004585500000</b>
Fecha Límite de pago: 25 de Julio de 2020

### Cupón de Pago

Cuota  de

<b>Tomador</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Bco Occidente Cta Cte 288038185	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
<input type="checkbox"/> Grupo Almacenes Exito	Pagos en Línea a través de <a href="http://www.chubb.com/co">www.chubb.com/co</a>

Forma de Pago		
Efectivo		\$
Cheque	Cod Bco	\$
Cheque	Cod Bco	\$
<b>Total a pagar</b>		\$

Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)

CLIENTE



Nit 860.026.518-6

<b>Referencia de Pago Electrónico</b> <b>12004585500000</b>
Fecha Límite de pago: 25 de Julio de 2020

### Cupón de Pago

Cuota  de

<b>Tomador</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Bco Occidente Cta Cte 288038185	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
<input type="checkbox"/> Grupo Almacenes Exito	Pagos en Línea a través de <a href="http://www.chubb.com/co">www.chubb.com/co</a>

Forma de Pago		
Efectivo		\$
Cheque	Cod Bco	\$
Cheque	Cod Bco	\$
<b>Total a pagar</b>		\$

Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)



ENTIDAD BANCARIA



<b>PÓLIZA No.</b> 12/ 45855	<b>ANEXO No.</b> 0	<b>PAG. No.</b> 1
<b>ADMINISTRADORA COUNTRY SAS</b>		

**Tomador:** ADMINISTRADORA COUNTRY SAS

**Asegurado:** ADMINISTRADORA COUNTRY SAS

**Vigencia:** 15 de Junio de 2020 a las 00:00 horas hasta 14 de Junio de 2021 a las 24:00 horas

**Interes:** Responsabilidad Civil Profesional Médica.

**Delimitacion Territorial:** Colombia

**Jurisdicción:** Colombia

**Modalidad de Cobertura:** Claims Made

**Retroactividad:** 17 Marzo de 2009

Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A. Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad.

**Fecha de Antigüedad:** 15 de Junio de 2020

### Condiciones Economicas

Limite Asegurado	Deducible	Prima Antes de Iva
<b>Cop \$4.000.000.000</b>	Gastos Legales: 10% del valor de la perdida mínimo \$25.000.000  Demás eventos: 10% del valor de la perdida mínimo \$100.000.000	COP\$ 527.000.000



10

## Cobertura Básica

### ➤ Cobertura de responsabilidad civil para instituciones médicas

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

### Extensiones de Cobertura Básicas

Cobertura para cirugías reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

### Exclusiones Adicionales

**El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a:**

- Actos médicos respecto de cirugías bariátricas.
- Reclamos presentadas por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas medicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con managed care E&O.
- **EXCLUSION CONDUCTA SEXUAL**

**EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.**

<b>PÓLIZA No.</b> 12/ 45855	<b>ANEXO No.</b> 0	<b>PAG. No.</b> 3
ADMINISTRADORA COUNTRY SAS		

**CONDUCTA SEXUAL** significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación

- Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.
- Exclusión OFAC: este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

### Condiciones Adicionales

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza
- Fecha de retroactividad: 17 Marzo de 2009, los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A.

Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad

#### ➤ Condicion Especial para **Gastos Legales**

A) Para la Abogada Ana Maria de Brigard, la Aseguradora asumirá máximo 2 casos al año para esta abogada y/o Firma de abogados. Las condiciones para estos casos serán las siguientes:

El costo total de los honorarios profesionales derivados de la atención del proceso, en primera y segunda instancia se calcula en la suma de SETENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL SETENTA Y TRES PESOS (\$79.880.073) Más IVA o su equivalente en salarios mínimos mensuales legales vigentes (91 SMMLV) al momento en que se verifique el pago de cada uno de los contados el cual se determina el 25% como se detalla a continuación:

\* Un primer contado correspondiente al 25% del valor total de los honorarios planteados, es decir la suma de DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL DIECIOCHO PESOS (\$19.970.018) ó 22.75 SMMLV, a la fecha de otorgamiento del poder.

\* Un segundo contado, correspondiente al 25% del valor total de los honorarios, es decir la suma de DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL DIECIOCHO PESOS (\$19.970.018) ó 22.75 SMMLV al momento del inicio de la etapa probatoria de primera instancia.

\* Un tercer contado correspondiente al 25% del valor total de los honorarios, es decir la suma de DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL DIECIOCHO PESOS (\$19.970.018) ó 22.75 SMMLV al momento de presentar alegatos de conclusión de la primera instancia.

<b>PÓLIZA No.</b> 12/ 45855	<b>ANEXO No.</b> 0	<b>PAG. No.</b> 4
ADMINISTRADORA COUNTRY SAS		

\* Finalmente el 25% restante, es decir la suma de DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL DIECIOCHO PESOS (\$19.970.018) ó 22.75 SMMLV, al momento en que quede en firme la sentencia de primera instancia o cuando se radiquen los alegatos de conclusión de la segunda instancia, en caso de que llegase a haber apelación.

En caso de terminación anticipada del proceso se pagará como monto máximo el 50% del valor total de los honorarios profesionales.

- Fecha de Reconocimiento de antigüedad: 15 de Junio de 2020
- PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.
- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043 - 17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

**Participacion CHUBB:**

100% de la anterior Suma Asegurada y prima

**Términos de Pago de Prima:**

Cláusula de pago de prima 30, 60, 90 y 120 días calendario

**Nota 1:**

CHUBB SEGUROS es una subsidiaria de una casa matriz de EE.UU. y CHUBB Limited, una empresa que cotiza en la Bolsa de Nueva York. Por consiguiente, CHUBB SEGUROS está sujeta a ciertas leyes y regulaciones de Estados Unidos [además de las restricciones de sanciones de la Unión Europea, las Naciones Unidas y nacionales] que pueden prohibirle la prestación de cobertura o el pago de reclamaciones a determinadas personas entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con determinados países como Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte y Cuba.

CHUBB®

**ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043  
17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

**CONDICIONES GENERALES**

**1. COBERTURAS**

**COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES  
MÉDICAS**

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY( Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

## **2. COBERTURAS ADICIONALES**

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

### **2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS**

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

### **2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

EN ESTE CASO EL **ASEGURADOR** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO LA ELABORACION DE MEDICAMENTOS Y ESTOS SEAN LOS CAUSANTES DEL DAÑO QUE ESTÉN MEDIANTE RELACION CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

### **2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA**

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

### **2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES**

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLIMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARTATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

### **3. EXCLUSIONES**

EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

#### **3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES**

I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA

II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

#### **3.2. MULTAS Y SANCIONES**

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

#### **3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES**

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

#### **3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES**

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

#### **3.5. SEGUROS ANTERIORES**

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

#### **3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO**

**RECLAMACIONES** PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

#### **3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO**

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO, ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

### **3.8. PRÁCTICAS LABORALES**

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES.**

### **3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS**

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECIFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

### **3.10. GUERRA Y TERRORISMO**

I. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, O CONMOCIÓN CIVIL, LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

II. CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESIÓN, ESTRAGO O INTERRUPCIÓN O COMISIÓN DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONÓMICOS, ÉTNICOS, NACIONALISTAS, POLÍTICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

### **3.11. CONTAMINACIÓN**

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

### **3.12. DISCRIMINACIÓN**

I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

### **3.13. ASBESTOS**

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

### **3.14. REACCIÓN NUCLEAR**

EFFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

### **3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS**

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

### **3.16. HONORARIOS**

CONTROVERSAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

### **3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS**

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

### **3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE.**

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

### **3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS**

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

### **3.20. ANESTESIA GENERAL**

**DAÑOS** CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA

REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

### **3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL**

**DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.**

### **3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS**

**DAÑOS CAUSADOS POR ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.**

### **3.23. SECRETOS PROFESIONALES**

**INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.**

### **3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO**

**ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.**

### **3.25. CAMBIO DE SEXO**

**ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.**

### **3.26. DAÑOS GENÉTICOS**

**DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO**

### **3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS**

**ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.**

### **3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN**

**RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

### **3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.**

**RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.**

### **3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.**

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

### **3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO**

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

### **3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN**

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

### **3.33. PROHIBICIONES LEGALES**

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

### **3.34. FALLOS DE TUTELA**

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

### **3.35. EVENTO CIBERNETICO**

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO, DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

### **3.36 DAÑOS NO COMPRENDE**

- A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.
- B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.
- C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,
- D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

## **4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del **Asegurador** en relación con todos los **Daños y Gastos Legales** amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños, Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales

**Reclamaciones.** A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los **Gastos Legales** están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el **Asegurador** no estará obligado, en ningún caso, a pagar **Daños** ni **Gastos Legales** que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

Así mismo, la serie de **Actos Médicos Erróneos** que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo **Acto Erróneo**, y constituirán una sola **Pérdida** y/o **Gastos Legales**, sin importar el número de reclamantes y/o **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima del **Asegurador** por dichos **Daños** y/o **Gastos Legales**, no excederá el límite de responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

## 5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños** y/o **Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovisto de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

Se aplicará un solo deducible a los **Daños** y/o **Gastos Legales** originados en **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo**.

## 6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

### 6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Período Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Período Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

- I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.
- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;
- IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible

## **Reclamación.**

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Periodo Contractual**.

### **6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL**

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador** sugiere al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

### **6.3 DEFENSA**

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

## 6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador**.

## 7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** distribuirán dicho **Daño** y **Gastos Legales** en la misma proporción en la que se distribuya la responsabilidad legal de las partes.

Cualquier distribución o anticipo de **Gastos Legales** en relación con una **Reclamación** no creará presunción alguna respecto a la distribución de otro **Daño** originado por dicha **Reclamación**.

Si **Asegurado** y **Asegurador** no logren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** suministrará los **Gastos Legales** que considere razonablemente cubiertos bajo la póliza hasta que se acuerde o se determine una distribución diferente. Una vez acordada o determinada la distribución de **Gastos Legales**, estos serán aplicados de manera retroactiva a todos los **Gastos Legales** ya incurridos en relación con dicha **Reclamación**.

## 8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como “no renovación” y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

**Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier **Reclamación** presentada durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este periodo serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último **Periodo Contractual**, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

## 9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al **Asegurado**, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;
- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

## 10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias 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 de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

## 11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

## 12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente. Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el **Asegurado** deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el **Asegurador** puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

## 13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de

indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

#### 14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

#### 15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

#### 16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

#### 17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** 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 la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

#### 18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

#### 19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones** presentadas por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

## 20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

## 21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada (o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

## 22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

## 23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

## 24. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

## 25. GARANTIAS

El **Asegurado** está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

El **Asegurado** garantizará, so pena de que el contrato se dé por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio que en la práctica profesional se sujetará a lo dicho a continuación y que exigirá a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el **Asegurado**:

a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.

b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.

c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicione (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)

e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:

- Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
- Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
- Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.
- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

## **26. DEFINICIONES**

### **a. Acto Médico**

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

### **b. Acto Médico Erróneo**

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

### **c. Asegurado**

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta póliza de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

### **d. Asegurador**

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

### **e. Contaminantes**

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a, humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

### **f. Gastos Legales**

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

## **g. Daños**

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

**Daños** no comprende:

- a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.
- b. Daños punitivos y ejemplarizantes.
- c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,
- d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes Colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

## **h. Dato**

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

## **i. Datos Personales**

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

## **j. Evento Cibernético**

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red
- b. Uso no autorizado de una red informática
- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

## **k. Fecha de Retroactividad**

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

## **l. Periodo Contractual**

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

**m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

**n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales**

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

**o. Reclamación**

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la declaración de que el mismo es responsable, de un **Daño** como resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo**.

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

**p. Reconocimiento de Antigüedad**

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

**q. Servicios Profesionales**

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

**r. Tomador**

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.  
Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico  
Bogotá D.C., Colombia.  
Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.  
PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164  
Fax: (571) 6108164  
e-mail: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com)  
Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>  
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

Tenemos el agrado de informarle que mediante Resolución No. 1173 del 16 de septiembre del presente año, la Superintendencia Financiera de Colombia aprobó la fusión entre ACE Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., y a partir del 01 de noviembre somos Chubb Seguros Colombia S.A., identificada con el NIT: 860.026.518-6, entidad que de ahora en adelante asumirá sus riesgos.

El grupo Chubb se transformó en el conglomerado de empresas de seguros de propiedad y responsabilidad civil más grande del mundo que cotiza en bolsa, desde que se completó el proceso de adquisición en enero de este año.

Chubb, se distingue por su amplia oferta de productos y servicios, excepcional fortaleza financiera, suscripción superior y atención de siniestros.

Pensando en su comodidad, la compañía ha habilitado los siguientes canales de pago:

## Internet

### Opción 1: PSE

Pago a través de Servicio de pagos en Línea - PSE. En PSE usted podrá realizar el pago (total o parcial /cuotas) de sus pólizas o endosos, debitando el valor de cualquier entidad financiera donde tenga la cuenta corriente o de ahorros.

Ingrese a [www.chubb.com/co/](http://www.chubb.com/co/)  
Servicios en Línea / Pagos en Línea.

Los pagos con tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Diners y American Express) se realizarán a través de este medio (Servicio de pagos en línea - PSE).

### Opción 2: PORTAL BANCOLOMBIA

Pago a través de Portal Bancario BANCOLOMBIA, en el cual usted podrá realizar el pago de sus pólizas o endosos, siempre y cuando el pago lo vaya a realizar de una cuenta corriente o de ahorros de esta entidad financiera.

Ingrese a [www.grupobancolombia.com](http://www.grupobancolombia.com)

## Bancos

### Opción 1: TRANSFERENCIA

#### ELECTRÓNICA a:

BANCOLOMBIA Cta. Corriente

# 048-026518-07 CITIBANK

Cta. Ahorros #

5019884025 DAVIVIENDA Cta.

Corriente # 5169-90066

Incluir en el campo "Descripción" o su

**equivalente los datos de: Ramo, número de póliza y certificado.**

### Opción 2: Consignación en cheque o efectivo en CUENTAS CONVENIO:

BANCOLOMBIA Convenio 7178

CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025

También puede realizar pagos en efectivo

(máximo \$ 1.000.000 ) en cualquier punto de la

red "Vía Baloto", citando la Cta. Ahorros #

5019884025 de CITIBANK.

En caso de realizar su pago utilizando cualquiera de las alternativas de la Opción 2, incluya en el campo "Detalle" o "Referencia de pago" del comprobante de consignación: **el ramo, número de póliza y certificado.** Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.

Envíe comprobante de consignación a:  
[pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)



## Pago Código de Barras "Cupon de Pagos"

Realice su pago con Código de Barras, en cheque o efectivo, en cualquiera de los siguientes bancos:

- Banco de Occidente Bancolombia
- Banco Davivienda

Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.

También, realice sus pagos presentando el Código de Barras y sólo en efectivo, en todas las cajas de los almacenes del Grupo Exito (Exito, Carulla, Surtimax, Pomona y HomeArt).

## Financiación

Las siguientes entidades ofrecen el servicio de financiación de primas de seguros de Chubb:

- Credivalores S.A.
- Finesa S.A.
- Banco Pichincha S.A.
- Servifin

La financiación de primas de seguros que un tomador realice sobre los productos de Chubb Seguros Colombia S.A., se realiza directamente por acuerdo expreso del tomador de la póliza y la entidad financiera, por lo cual Chubb Seguros Colombia S.A. no se hace responsable por el servicio prestado por estas entidades.

**IMPORTANTE:** Cuando el Tomador y/o Asegurado realice pagos a través de terceros por él contratados como fiduciarias, carteras colectivas, corredores de bolsa, casa matriz, etc., deberá enviar soporte del pago a Chubb Seguros Colombia S.A. al correo electrónico [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com) y a su intermediario de seguros.

Descubra el nuevo Chubb en [chubb.com/co](http://chubb.com/co)

**Póliza Ant.:**

Ramo	Operación	Póliza	Anexo	Referencia									
12 RESPONSABILIDAD	21 Aum sin mov p	45855	1	12004585500001									
Sucursal	Vigencia del Seguro				Fecha de Emisión								
03 BOGOTA	Desde	Año	Mes	Día	Hora	Hasta	Año	Mes	Día	Hora	Año	Mes	Día
		2020	07	06	00	2021	06	14	24		2020	07	29
<b>Tomador</b>	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S				<b>C.C. O NIT</b>	8300050281							
<b>Dirección</b>	CRA 16 82 57				<b>Ciudad</b>	BOGOTA							
<b>Asegurado</b>	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S				<b>C.C. O NIT</b>	8300050281							
<b>Dirección</b>	CRA 16 82 57				<b>Ciudad</b>	BOGOTA							
<b>Beneficiario</b>	TERCEROS AFECTADOS				<b>C.C. O NIT</b>	IIIII							
<b>Dirección</b>	ND				<b>Ciudad</b>	-							
<b>Intermediario</b>													
22070	ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES								9,75				
41683	CAZ ASESORES DE SEGUROS LTDA								5,25				

**Información del Riesgo:** La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE ACLARA LO SIGGUIENTE: VER ADJUNTO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

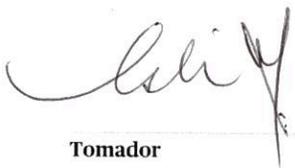
VIGILADO

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.  
 La mora en el pago de la prima de la presente 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 compañía de seguros para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la expedición de la póliza.

Valor Prima	0.00	\$COP
Gastos Exped.	0.00	\$COP
I.V.A.	0.00	\$COP
<b>Total a Pagar</b>	<b>0.00</b>	<b>\$COP</b>

Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax:(57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com) Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>



Tomador



Chubb Seguros Colombia S.A.

AGENTE



<b>PÓLIZA No.</b> 12/45855	<b>ANEXO No.</b> 1	<b>PAG. No.</b> 1
<b>ADMINISTRADORA COUNTRY SAS</b>		

- MEDIANTE EL PRESENTE ENDOSO SE MODIFICA Y REEMPLAZA EN LA SECCIÓN DE EXCLUSIONES ADICIONALES DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, LA EXCLUSIÓN DE ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGÍAS BARIÁTRICAS POR EL SIGUIENTE TEXTO:

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGÍAS BARIÁTRICAS, SALVO AQUELLAS CIRUGÍAS QUE TENGAN PERTINENCIA MÉDICA POR SALUD.

- MEDIANTE EL PRESENTE ENDOSO SE MODIFICA EN LA SECCION CONDICIONES ADICIONALES DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA EL NUMERAL RELACIONADO CON LA CONDICIÓN ESPECIAL PARA GASTOS LEGALES Y SE REEMPLAZA POR EL SIGUIENTE TEXTO:

PARA LA ABOGADA ANA MARIA DE BRIGARD, LA ASEGURADORA ASUMIRÁ MÁXIMO 5 CASOS AL AÑO PARA ESTA ABOGADA Y/O FIRMA BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

El costo total de los honorarios profesionales derivados de la atención del proceso, en primera y segunda instancia se calcula en la suma de SETENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL SETENTA Y TRES PESOS (\$79.880.073) Más IVA o su equivalente en salarios mínimos mensuales legales vigentes (91 SMMLV) al momento en que se verifique el pago de cada uno de los contados el cual se determina el 25% como se detalla a continuación:

\* Un primer contado correspondiente al 25% del valor total de los honorarios planteados, es decir la suma de DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL DIECIOCHO PESOS (\$19.970.018) o 22.75 SMMLV, a la fecha de otorgamiento del poder.

\* Un segundo contado, correspondiente al 25% del valor total de los honorarios, es decir la suma de DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL DIECIOCHO PESOS (\$19.970.018) o 22.75 SMMLV al momento del inicio de la etapa probatoria de primera instancia.

\* Un tercer contado correspondiente al 25% del valor total de los honorarios, es decir la suma de DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL DIECIOCHO PESOS (\$19.970.018) o 22.75 SMMLV al momento de presentar alegatos de conclusión de la primera instancia.

\* Finalmente el 25% restante, es decir la suma de DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL DIECIOCHO PESOS (\$19.970.018) ó 22.75 SMMLV, al momento en que quede en firme la sentencia de primera instancia o cuando se radiquen los alegatos de conclusión de la segunda instancia, en caso de que llegase a haber apelación.

DEMÁS T&C PERMANECEN SIN MODIFICACIÓN



Póliza Ant.:

<b>Ramo</b> 12 RESPONSABILIDAD	<b>Operación</b> 22 Aum con mov p	<b>Póliza</b> 45855	<b>Anexo</b> 2	<b>Referencia</b> 12004585500002
<b>Sucursal</b> 03 BOGOTA	<b>Vigencia del Seguro</b>	<b>Hasta</b>		<b>Fecha de Emisión</b>
	<b>Desde</b>	<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Día</b>
	<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Día</b>	<b>Hora</b>
	2021 06 15 00	2021	11	30 24
<b>Tomador</b>	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.	<b>C.C. O NIT</b>	8300050281	
<b>Dirección</b>	CRA 16 82 57 000000	<b>Ciudad</b>	BOGOTA	
<b>Asegurado</b>	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.	<b>C.C. O NIT</b>	8300050281	
<b>Dirección</b>	CRA 16 82 57 000000	<b>Ciudad</b>	BOGOTA	
<b>Beneficiario</b>	TERCEROS AFECTADOS	<b>C.C. O NIT</b>	1111	
<b>Dirección</b>	ND	<b>Ciudad</b>	-	
<b>Intermediario</b>				
22070	ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES			
41683	CAZ ASESORES DE SEGUROS LTDA			

**Información del Riesgo:** La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA LA PÓLIZA HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2021 A LAS 24:00 HORAS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

Valor Prima	257.430.000,00	SCOP
Gastos Exped.	0,00	SCOP
I.V.A.	48.911.700,00	SCOP
<b>Total a Pagar</b>	<b>306.341.700,00</b>	<b>SCOP</b>

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirentes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a [www.chubb.com.co](http://www.chubb.com.co) opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico: [emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com](mailto:emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com)

TOMADOR

Chubb Seguros Colombia S.A.

**Referencia de Pago**  
12004585500002

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

**Forma de Pago**

Efectivo		\$
Cheque	Cod Bco	\$
Cheque	Cod Bco	\$
<b>Total a pagar</b>		\$

**Tomador** ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.

Citibank Cta Ahs. 5019884025

Bancolombia Cta Cte 04802651807

Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter

Davivienda Cta Cte 516990066

También puede realizar el pago en línea a través de nuestra página web [www.chubb.com.co](http://www.chubb.com.co)

Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)



415770999800062980201200458550000239000000000009600000000

(415)7709998000629(8020)12004585500002(3900)0000000000(96)00000000



DXBUT

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**CHUBB**

Nit 860.026.518-6

<b>Referencia de Pago Electrónico</b> <b>12004585500002</b>
Fecha Límite de pago: 22 de Julio de 2021

**Cupón de Pago**

Cuota  de

<b>Tomador</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
Pagos en Línea a través de <a href="http://www.chubb.com/co">www.chubb.com/co</a>	

Forma de Pago		
Efectivo		\$
Cheque	Cod Bco	\$
Cheque	Cod Bco	\$
<b>Total a pagar</b>		\$

Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)

CLIENTE

**CHUBB**

Nit 860.026.518-6

<b>Referencia de Pago Electrónico</b> <b>12004585500002</b>
Fecha Límite de pago: 22 de Julio de 2021

**Cupón de Pago**

Cuota  de

<b>Tomador</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
Pagos en Línea a través de <a href="http://www.chubb.com/co">www.chubb.com/co</a>	

Forma de Pago		
Efectivo		\$
Cheque	Cod Bco	\$
Cheque	Cod Bco	\$
<b>Total a pagar</b>		\$

Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)



ENTIDAD BANCARIA



CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 1

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO ILIMITADAMENTE DURANTE 60 DÍAS, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*

Recuerde que este certificado lo puede adquirir desde su casa u oficina de forma fácil, rápida y segura en [www.ccb.org.co](http://www.ccb.org.co)

\*\*\*\*\*

Para su seguridad debe verificar la validez y autenticidad de este certificado sin costo alguno de forma fácil, rápida y segura en [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos)

\*\*\*\*\*

QUE, LOS DATOS DEL EMPRESARIO Y/O EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO HAN SIDO PUESTOS A DISPOSICIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL A TRAVÉS DE LA CONSULTA A LA BASE DE DATOS DEL RUES

\*\*\*\*\*

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.

LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : ADMINISTRADORA COUNTRY S A S  
N.I.T. : 830.005.028-1  
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA:

MATRICULA NO: 00649577 DEL 5 DE JUNIO DE 1995

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA :28 DE MARZO DE 2022  
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 2

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

ACTIVO TOTAL : 13,570,089,282

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CR 16 NO. 82 - 57

MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.

EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL : NOTIFICACIONESCDC@CLINICADELCOUNTRY.COM

DIRECCION COMERCIAL : CR 16 NO. 82 - 57

MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.

EMAIL COMERCIAL : NOTIFICACIONESCDC@CLINICADELCOUNTRY.COM

CERTIFICA:

Escritura Pública No. 2879 notaria 9a. de Santafé de Bogotá del 23 de mayo de 1995, inscrita el 5 de junio de 1995 bajo el No. 0495441 del libro IX, se constituyó la sociedad comercial denominada: ADMINISTRADORA COUNTRY LTDA.

CERTIFICA:

REFORMAS:

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
4.499	04- X -1.996	9A.STAFE BTA	28- X -1.996 NO. 559.886

CERTIFICA:

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001378 del 28 de abril de 1997 de la Notaría 9 de Bogotá D.C.	00589620 del 19 de junio de 1997 del Libro IX
E. P. No. 0000800 del 2 de marzo de 1998 de la Notaría 9 de Bogotá D.C.	00626015 del 12 de marzo de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0001498 del 30 de abril de 1998 de la Notaría 9 de Bogotá	00632984 del 8 de mayo de 1998 del Libro IX

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 3

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

D.C.

E. P. No. 0000840 del 2 de abril 00874666 del 9 de abril de  
de 2003 de la Notaría 32 de Bogotá 2003 del Libro IX

D.C.

E. P. No. 0001170 del 12 de marzo 01202292 del 1 de abril de  
de 2008 de la Notaría 20 de Bogotá 2008 del Libro IX

D.C.

Acta No. 39 del 3 de abril de 2019 02475851 del 12 de junio de  
de la Asamblea de Accionistas 2019 del Libro IX

Acta No. 40 del 12 de junio de 2019 02478684 del 20 de junio de  
2019 de la Asamblea de Accionistas 2019 del Libro IX

Acta No. 41 del 14 de febrero de 2020 02554503 del 18 de febrero de  
2020 de la Asamblea de Accionistas 2020 del Libro IX

Acta No. 42 del 4 de junio de 2020 02581808 del 30 de junio de  
de la Asamblea de Accionistas 2020 del Libro IX

Acta No. 43 del 20 de agosto de 2020 02608691 del 24 de agosto de  
2020 de la Asamblea de Accionistas 2020 del Libro IX

CERTIFICA:

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

CERTIFICA:

1) La prestación de servicios de salud humana complementarios, ya sea con bienes propios o actuando como operador de otras instituciones o patrimonios, cuyo fin o destinación sea la prestación de tales servicios. 2) La prestación de servicios especializados de vigilancia para la seguridad de la IPS que se administren y/o operen. 3) La elaboración de estudios, proyectos y sus desarrollos, en los diferentes sectores de la economía. 4) En general la celebración de todos los actos y contratos de carácter comercial y/o sin ánimo de lucro, que no requieran autorización especial por parte de las

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5Wpsz9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 4

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

autoridades gubernamentales. 5) La asociación con todo tipo de compañías de carácter mercantil o entidades sin ánimo de lucro, en desarrollo de las actividades principales podrá celebrar todo tipo de actos o contratos de carácter mercantil, civil estatal y de cualquiera otra naturaleza que fueren necesarios para explotar adecuadamente sus actividades. 6) Prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo, 7) Cualquier otra actividad lícita.

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:

8610 (ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN)

ACTIVIDAD SECUNDARIA:

8211 (ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA)

CERTIFICA:

\* CAPITAL AUTORIZADO \*

Valor : \$4.000.000,00

No. de acciones : 40.000,00

Valor nominal : \$100,00

\* CAPITAL SUSCRITO \*

Valor : \$4.000.000,00

No. de acciones : 40.000,00

Valor nominal : \$100,00

\* CAPITAL PAGADO \*

Valor : \$4.000.000,00

No. de acciones : 40.000,00

Valor nominal : \$100,00

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 5

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

CERTIFICA:

JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Thomas Martin Murray	P.P. No. 000000550012213
Segundo Renglon	Arturo Pero Costabal	P.P. No. 000000P11594018
Tercer Renglon	Ximena Helga Gloffka Wilmans	P.P. No. 000000P11949948

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Nicolas Ignacio Cabello Eterovic	P.P. No. 000000F30623267
Segundo Renglon	Martin Antonio Federico Manterola Vince	P.P. No. 000000F13919378

Tercer Renglon Joseph Richard Colletti P.P. No. 000000565428849  
Por Acta No. 41 del 14 de febrero de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de febrero de 2020 con el No. 02554504 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Segundo Renglon	Arturo Pero Costabal	P.P. No. 000000P11594018

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5Wpsz9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 6

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Nicolas Ignacio Cabello Eterovic	P.P. No. 000000F30623267
Tercer Renglon	Joseph Richard Colletti	P.P. No. 000000565428849

Por Acta No. 43 del 20 de agosto de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de agosto de 2020 con el No. 02608692 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Tercer Renglon	Ximena Helga Gloffka Wilmans	P.P. No. 000000P11949948

Por Acta No. 44 del 21 de diciembre de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 13 de enero de 2021 con el No. 02651727 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Thomas Martin Murray	P.P. No. 000000550012213

Por Acta No. 45 del 31 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de abril de 2021 con el No.

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 7

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

02686032 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Segundo Renglon	Martin Antonio	P.P. No. 000000F13919378
	Federico Manterola	
	Vince	

CERTIFICA:

La representación legal principal de la sociedad le corresponde al Gerente General, quien será elegido por la Junta Directiva. El Gerente General tendrá cinco (5) suplentes: Primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, todos ellos de libre nombramiento y remoción por parte de la Junta Directiva.

CERTIFICA:

Por Acta No. 258 del 19 de febrero de 2020, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de febrero de 2020 con el No. 02556537 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente General	Gloria Beatriz Molina Vargas	C.C. No. 000000043744164

Por Acta No. 283 del 25 de enero de 2022, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 3 de febrero de 2022 con el No. 02788509 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
-------	--------	----------------

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 8

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

Primer Ricardo Alberto Munita C.E. No. 00000005799174  
Suplente Del Leiva  
Gerente  
General

Segundo Andres Felipe Alvarez C.C. No. 000000080871266  
Suplente Del Tobian  
Gerente  
General

Tercer Natalia Eugenia C.C. No. 000000053907152  
Suplente Del Estupiñan Alvarado  
Gerente  
General

Por Acta No. 258 del 19 de febrero de 2020, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de febrero de 2020 con el No. 02556537 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Cuarto	Ana Elvira Zakzuk Parra	C.C. No. 000001018406860
Suplente	Del	
Gerente		
General		

Quinto	Monica Andrea Pinilla	C.C. No. 000000052955906
Suplente	Del Quintero	
Gerente		
General		

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 9

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

CERTIFICA:

El Gerente General tendrá las siguientes funciones y atribuciones: A) Representar a la sociedad judicial y extrajudicialmente ante los asociados, terceros y toda clase de autoridades judiciales y administrativas, B) Ejecutar y hacer ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva; C) Celebrarlos actos y contratos que tiendan a realizar los fines de la sociedad. No obstante, requerirá la previa autorización de la Junta Directiva para: (I) Celebrar cualquier acto o contrato comprendido dentro del objeto social, cuándo la cuantía del acto o contrato por operación exceda la cantidad de CUATROCIENTOS (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes; (U) adquirir, enajenar, limitar y gravar bienes inmuebles y/o establecimientos de comercio, así como gravar activos fijos cuando así haya sido instruido por la Junta Directiva o la Asamblea General de Accionistas, y (III) Constituir a la sociedad en fiadora, codeudora solidaria o garante de sociedades filiales o controladas por la matriz y otorgar garantías reales o personales para caucionar obligaciones de las sociedades filiales de la matriz.; D) Nombrar y remover libremente a los empleados de la sociedad cuyo nombramiento no esté atribuido a la Asamblea General de Accionistas o a la Junta Directiva, E) Presentar oportunamente a consideración de la Junta Directiva el presupuesto de inversiones, ingresos y gastos que requiera la sociedad; F) Presentar a la Junta Directiva en tiempo oportuno, los Estados Financieros de propósito general individuales y consolidados cuando sea del caso, con sus notas, cortados al fin del respectivo ejercicio requiera la sociedad; F) Presentar a la Junta Directiva en tiempo oportuno, los Estados Financieros de propósito general individuales y consolidados cuando sea del caso, con sus notas, cortados al fin del respectivo ejercicio conjunto con los documentos que señale la Ley y el informe de gestión,

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 10

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

así como el especial cuando se dé la configuración de un Grupo Empresarial, todo lo cual se presentará a la Asamblea General de Accionistas; G) Al igual que los demás administradores deberá rendir cuentas Comprobadas de su gestión al final de cada ejercicio y dentro del mes siguiente a la fecha en la cual Se retire de su cargo y cuando se las exija el órgano que sea competente para ello. Para tal efecto, se presentarán los Estados Financieros que fueren pertinentes, junto con un informe de gestión; H) Cumplir los demás deberes que le señalen los reglamentos de la sociedad y los que le corresponden por el cargo que ejerce y particularmente velar porque a través de la sociedad o en la prestación de los servicios que constituyen su objeto social principal, no fluyan o pasen dineros de origen ilícito. I) Delegar determinadas funciones propias de su cargo dentro de los límites señalados en los estatutos; J) Cuidar de la recaudación e inversión de los fondos de la sociedad; K) Velar porque todos los empleados de la sociedad cumplan estrictamente sus deberes y poner en conocimiento de la Asamblea General de Accionistas o Junta Directiva las irregularidades o faltas graves que ocurran sobre este particular, L). facultades para asuntos jurídicos: (ii) Representar a la sociedad en todos los asuntos administrativos, prejudiciales judiciales en los que ésta tenga interés o pueda llegar a tenerlo, ante cualquier entidad privada entidad pública y/o tribunal ordinario, especial arbitral, administrativo o de cualquier naturaleza, así intervenga la sociedad como demandante, demandada, garante, litisconsorte necesario o facultativo, tercero afectado y, en general, cuando sea parte, vinculado investigado o victima en cualquier proceso judicial, prejudicial o administrativo, pudiendo ejercer toda clase de acciones, sean ellas ordinarias, ejecutivas, especiales, de jurisdicción no contenciosa o de cualquiera otro naturaleza. En el ejercido de este mandato judicial, queda facultado para representar a la sociedad con

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 11

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

todas las facultades ordinarias y extraordinarias del mandato judicial, pudiendo demandar, iniciar cualquiera otra especie de gestiones judiciales y prejudiciales, sean de jurisdicción voluntaria o contenciosa, reconvenir, contestar reconvencciones, desistirse en primera instancia de la acción entablada, contestar demandas, allanarse, renunciar los recursos y los términos legales, conciliar recibir, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar, tachar de falso documentos y testigos y, en general, ejercer todas las funciones que la buena representación en los asuntos de su conocimiento requieran, comprometer, otorgar a los árbitros facultades de arbitradores, prorrogar jurisdicción, intervenir en gestiones de conciliación o avenimiento, aprobar convenios y cobra. (iii) Nombrar abogados y apoderados judiciales y extrajudiciales para la defensa de los intereses de la sociedad otorgándoles con todas las facultades que consideren, pudiendo delegar este poder y reasumir cuantas veces sea conveniente, delegar los poderes propios y conferir mandatos especiales, revocar dichos poderes y delegaciones, y reasumir, entre otros actos, y quienes podrán directa e individualmente representar a la sociedad ante las autoridades judiciales y administrativas, interponer recursos en la vía gubernativa, atender los requerimientos de las autoridades presentar y contestar tutelas, atender las diligencias, trámites y actuaciones judiciales, incluyendo las conciliaciones en las que tendrán facultad expresa para conciliar y representar en todos los actos a la sociedad; (iv) Otorgar poderes especiales para actos concretos tales como notificaciones de actos administrativos, conciliaciones de cartera, entre otros requeridos para la adecuada defensa de los intereses de la sociedad. M) Facultades para asuntos financieros: (I) Contratar, abrir y cerrar cuentas corrientes, bancarias, de depósito, de crédito y especiales; retirar talonarios de cheques, aprobar o impugnar saldos y firmar los

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 12

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

correspondientes recibos; (II) Girar, depositar, sobregirar en cuentas comentes, de depósito, de crédito y especiales que la sociedad tenga abiertas o abra en lo sucesivo, en cualquier Banco o Institución de crédito del territorio nacional; (III) Contratar líneas de crédito con o sin interés según presupuesto de caja; (IV) Firmar, girar, aceptar, endosar, descontar, reaceptar, cobrar y cancelar y protestar letras de cambio, cheques, pagarés y demás documentos a la orden y cualquiera otros documentos mercantiles, nominativos, a la orden o al portador; (Y) Suscribir pagarés, descontarlos, protestarlos, endosarlos; (VI) Contratar toda clase de préstamos en dinero, sea en forma de operaciones de crédito, anticipos, avances en cuenta corriente, sobre giros, créditos y todo tipo de operaciones de relacionadas con esta facultad de endeudamiento, con excepción de aquellas que conlleven constituir a la Sociedad en fiadora o codeudora solidaria en sociedades filiales y controladas por la matriz y otorgar garantías reales o personales para caucionar obligaciones de dichas sociedades, las cuales requieren autorización de la Junta Directiva. (VII) Suscribir y rescatar cuotas de fondos mutuos. (VIII) Cancelar y retirar depósitos a plazo o en cuentas comentes para operaciones de comercio exterior y cambios internacionales, asumiendo riesgos de diferencia de cambio; solicitar giros de cheques y otros documentos en moneda extranjera. (IX) hacer declaraciones juradas y contratar créditos para financiamiento de exportaciones y/o importaciones de comercio exterior y cambios; presentar y firmar registros de declaraciones de importación y/o exportación, sus solicitudes anexas o documentos que hagan sus veces, cartas explicativas y toda clase de documentos que exija el Banco de la República o las autoridades que tengan competencia en la materia; (X) Realizar toda clase de operaciones de cambios internacionales, incluyendo la compra y venta de divisas y celebrar operaciones de comercio exterior entre otras, no

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 13

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

siendo éstas facultades taxativas, sino enunciativas., N) Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías del Sistema de Control Interno, en desarrollo con las directrices impartidas por la Junta, O) Fijar los lineamientos tendientes a crear una cultura organizacional de control, mediante la puesta en práctica de políticas, controles, divulgación de normas éticas y de integridad dentro de la institución, P) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno, Q) entre otras obligaciones establecidas en la normatividad. El gerente general podrá ejercer individualmente la totalidad de las facultades señaladas en el artículo 49, salvo las indicadas en su literal m (facultades para asuntos financieros), las cuales deberán ser ejecutadas en conjunto con un representante legal suplente. Los representantes legales suplentes primero, segundo, tercero y cuarto, actuarán en caso de ausencia o impedimento del Gerente General y podrán ejercer la totalidad de las facultades del artículo 49, siempre que actúen en conjunto dos de ellos. La ausencia o impedimento del Gerente General no deberá ser acreditada ante terceros. Para las facultades enunciadas en el literal m) del artículo 49, siempre se deberá actuar por el Gerente General y un suplente, y en caso de ausencia del Gerente General por dos suplentes. Excepcionalmente, los representantes legales suplentes podrán actuar individualmente, en caso de ausencia del Gerente General que no requerirá ser acreditada, para los siguientes eventos: i) Firma de Estados financieros, y presentación de reportes e informes financieros, tributarios, de calidad, epidemiológicos, normativos, entre otros asuntos, ante cualquier autoridad de vigilancia y control y demás autoridades y entidades administrativas ii) El cuarto y el quinto suplente podrán actuar directa e individualmente para las facultades relacionadas con asuntos judiciales, indicadas en el literal l) del artículo 49, y iii) las

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 14

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

demás que el Gerente General delegue específicamente.

CERTIFICA:

Por Acta No. 38 del 27 de marzo de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 8 de abril de 2019 con el No. 02445875 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	PRICEWATERHOUSECOOPERS S.A.S.	N.I.T. No. 000008600020626

Por Documento Privado del 6 de agosto de 2020, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de agosto de 2020 con el No. 02605151 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Camilo Alfonso Perez Rodriguez	C.C. No. 000001030576435 T.P. No. 252333 T

Por Documento Privado No. SINNUM del 4 de marzo de 2022, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 8 de marzo de 2022 con el No. 02800852 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Maria Paula Rincon Perdomo	C.C. No. 000001016105010 T.P. No. 293704-T

CERTIFICA:

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 15

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

Por Documento Privado del 1 de agosto de 2019 de Representante Legal, inscrito el 3 de septiembre de 2019 bajo el número 02502455 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

- UNITEDHEALTH GROUP INCORPORATED

Domicilio: (Fuera Del País)

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio

Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

Fecha de configuración de la situación de control : 2019-06-12

Por Documento Privado del 29 de diciembre de 2021 de Representante Legal, inscrito el 31 de diciembre de 2021 bajo el número 02779165 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

- BORDEAUX UK HOLDINGS II LIMITED

Domicilio: (Fuera Del País)

Nacionalidad: Britanica

Actividad: Servir como vehículos para inversiones.

Presupuesto: Numeral 1 artículo 261 de Código de Comercio y artículo 28 de la Ley 222 de 1995

Que se ha configurado una situación de grupo empresarial con la sociedad de la referencia.

Fecha de configuración de la situación de grupo empresarial : 2019-06-12

CERTIFICA:

\*\* Aclaración Situación de Control \*\*

Se aclara la situación de control inscrita el día 3 de Septiembre de 2019, bajo el No. 02502455 del libro IX, en el sentido de indicar la sociedad extranjera UNITEDHEALTH GROUP INCORPORATED (matriz) comunica que ejerce situación de control de manera indirecta sobre ADMINISTRADORA COUNTRY S A S (subordinada) a través de BORDEAUX

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 16

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

INTERNATIONAL HOLDINGS INC a través de BORDEAUX UK HOLDINGS I LIMITED a través de BORDEAUX UK HOLDINGS II LIMITED a través de CDC HOLDINGS COLOMBIA SAS y AQUITANIA CHILEAN HOLDING SPA, esta última a través de BORDEAUX HOLDING SPA, a través de BANMEDICA SA quien junto con CDC HOLDINGS COLOMBIA SAS ejercen control sobre ADMINISTRADORA COUNTRY S A S.

**\*\* Aclaración Situación de Control y Grupo Empresarial \*\***

Se aclara la situación de control y grupo empresarial inscrita el 31 de Diciembre de 2021, bajo el No. 02779165 del Libro IX, modificado por Documento Privado inscrito el 11 de Marzo de 2022, bajo el No. 02802685 del Libro IX, en el sentido de indicar que la sociedad extranjera BORDEAUX UK HOLDINGS II LIMITED (Matriz), comunica que ejerce situación de control y grupo empresarial en control directo, sobre las sociedades: CDC HOLDINGS COLOMBIA S.A.S y AQUITANIA CHILEAN HOLDINGS S.P.A, así mismo control indirecto, sobre la sociedad ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S, a través de CDC HOLDINGS COLOMBIA S.A.S y BANMEDICA S.A., esta última controlada a su vez por, BORDEAUX HOLDINGS S.P.A, quien a su vez es controlada por AQUITANIA CHILEAN HOLDINGS S.P.A, así mismo control indirecto sobre las sociedades ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA S.A.S y CLINICA DEL COUNTRY S.A.S a través de CDC HOLDINGS COLOMBIA S.A.S y BANMÉDICA INTERNATIONAL S.P.A., esta última controlada a su vez por BANMÉDICA S.A., quien a su vez es controlada BORDEAUX HOLDINGS S.P.A, quien a su vez es controlada por AQUITANIA CHILEAN HOLDINGS S.P.A, Conformando Grupo empresarial. Así mismo, ingresan al Grupo Empresarial las sociedades BANMEDICA COLOMBIA SAS, ALIANSALUD EPS, COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA SA y UNIDAD MEDICA Y DE DIAGNOSTICO SA (Subordinadas).

CERTIFICA:

QUE LA SOCIEDAD TIENE MATRICULADOS LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS:

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5Wpsz9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 17

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

NOMBRE : ADMINISTRADORA COUNTRY SEDE SOCIAL
MATRICULA NO : 02283691 DE 10 DE ENERO DE 2013
RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 28 DE MARZO DE 2022
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CR 16A NO. 82- 46 CONS.714
TELEFONO : 5300470
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.
EMAIL : NOTIFICACIONESCDC@CLINICADELCOUNTRY.COM

\*\*\*\*\*

CERTIFICA:

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de la correspondiente anotación, siempre que no sean objeto de recurso. Los sábados no son tenidos en cuenta como días hábiles para la Cámara de Comercio de Bogotá.

\* \* \* EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE \* \* \*
\* \* \* FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO \* \* \*

INFORMACION COMPLEMENTARIA

LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE RIT Y PLANEACION DISTRITAL SON INFORMATIVOS
CONTRIBUYENTE INSCRITO EN EL REGISTRO RIT DE LA DIRECCION DISTRITAL DE
IMPUESTOS, FECHA DE INSCRIPCION : 22 DE ABRIL DE 2021

FECHA DE ENVIO DE INFORMACION A PLANEACION DISTRITAL : 29 DE MARZO DE
2022

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

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 18

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

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

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

TAMAÑO EMPRESA

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 Mediana

LO ANTERIOR DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN REPORTADA POR EL MATRICULADO O INSCRITO EN EL FORMULARIO RUES:

INGRESOS POR ACTIVIDAD ORDINARIA \$5,118,437,192

ACTIVIDAD ECONÓMICA POR LA QUE PERCIBIÓ MAYORES INGRESOS EN EL PERÍODO - CIIU : 8610

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,  
VALOR : \$ 0

\*\*\* CONTINUA \*\*\*

CERTIFICADO



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

FECHA: 2022/05/02

HORA: 10:30:52

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: a+Wx5WPsZ9

OPERACION: AA22762484

PAGINA: 19

\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUÉ GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON TOTAL VALIDEZ JURÍDICA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

Para verificar que el contenido de este certificado corresponda con la información que reposa en los registros públicos de la Cámara de Comercio de Bogotá, el código de verificación puede ser validado por su destinatario solo una vez, ingresando a [www.ccb.org.co](http://www.ccb.org.co)

\*\*\*\*\*

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.

Bogotá, D.C., octubre 19 de 2021

Señores

**ADMINISTRADORA DEL COUNTRY S.A.S.**

**Atn. Dra. GLORIA BEATRIZ MOLINA VARGAS**

**Representante legal**

**CLINICA DEL COUNTRY S.A.S.**

**Atn. Dra. Claudia Angélica Ordoñez Martin**

**Representante Legal**

Ciudad

**REF.: Reclamación directa por daños causados a PABLO ISAZA RUIZ y OTROS**

**Respetados señores:**

**NORMAN ALBIN GARZON MORA**, mayor y vecino de Bogotá, D.C., donde me expidieron la cédula de ciudadanía número 79'340.261, abogado con Tarjeta Profesional número 53.771 del Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico de notificaciones judiciales: [normangarzon1@gmail.com](mailto:normangarzon1@gmail.com), actuando en calidad de apoderado de los señores **PABLO ISAZA RUIZ, LUIS GUILLERMO ISAZA GOMEZ, XIMENA RUIZ CAMERO y CAMILO ISAZA RUIZ**, mayores y vecinos de Bogotá, D.C., identificados con las cédulas de ciudadanía números 1.192'770.910, 79'486.784, 39'791.591 y 1.000'794.508, respectivamente, con correos electrónicos: [pabloisazaruiz@yahoo.com](mailto:pabloisazaruiz@yahoo.com), [lgsazadr@hotmail.com](mailto:lgsazadr@hotmail.com), [ximenaruiz03@yahoo.com](mailto:ximenaruiz03@yahoo.com), [Cizasa60@gmail.com](mailto:Cizasa60@gmail.com), respectivamente, como se acredita con poder que adjunto, por medio del presente formulo reclamación formal para el reconocimiento y pago de los daños y perjuicios causados a mis representados con motivo de la responsabilidad civil médica profesional en que incurrieron, esa entidad y los profesionales de los que dispuso para practicarle intervención quirúrgica a PABLO ISAZA RUIZ el 24 de noviembre de 2020, al haber dejado un *“objeto extraño”* – compresa- *“en el cuerpo...”* .

Fundamento mi petición en los siguientes:

**HECHOS:**

1. Al señor PABLO ISAZA RUIZ, teniendo veinte (20) años de edad, le fue diagnosticado *“tumor maligno del testículo no especificado”*.
2. El 9 de septiembre de 2020, dentro del tratamiento previsto para el manejo de su enfermedad, ingresó a la Clínica del Country, entidad de propiedad y bajo la administración de la sociedad ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S., con el siguiente concepto y plan de tratamiento, según se consigna en la historia clínica de esa entidad: *“Paciente con antecedente de CA de células germinales quien ingresa el día de hoy a colocación de catéter venoso central para continuar con su quimioterapia...”*.
3. Dentro del mencionado tratamiento, el 24 de noviembre de 2020, el señor PABLO ISAZA GOMEZ ingresó a la CLINICA DEL COUNTRY porque el paciente estaba *“...programado para resección de tumor retroperitoneal mas linfadenectomía retroperitoneal y orquidectomía derecha a cargo del Dr Ospina y Dr. Hosman por tumor de células germinales”*.
4. De acuerdo con lo consignado en la historia clínica, el equipo médico estuvo compuesto por los doctores:  
  
Cirujano: JUAN CAMILO OSPINA RODRIGUEZ (Urólogo)  
Cirujano II: MANUEL AUGUSTO HOSMAN GALINDO (Cirugía General)  
Anestesiólogo: Pablo Arturo Mendez Osorio y Lidia Esperanza Alvarez Dueñas (Anestesiología)  
Médico hospitalario: Santiago Piñeros Arias (Medicina General)
5. De acuerdo con lo consignado en la historia clínica del paciente de esa fecha, en el archivo denominado *“dq”*, aparecen dos (2) descripciones quirúrgicas, una de las 23:02 y otra de las 21:12. En la primera, se observa que en el acápite de *“RECUESTO”*, aparece la inscripción: *“Ninguno”*, mientras que en la segunda se consigna: *“Completo”*.
6. El 27 de agosto de 2021, el señora PABLO ISAZA RUIZ ingresa nuevamente a la CLINICA DEL COUNTRY *“programado para realización de resección de masa pélvica abierta a cargo del Dr ospina”*, según se consigna en la historia clínica del paciente de esa fecha.
7. Según se consigna en la misma historia clínica por parte del doctor JUAN CAMILO OSPINA RODRIGUEZ, en el acápite denominado *“Hallazgos y procedimientos”*, en la intervención quirúrgica se encontró: *“HALLAZGOS*

***CUERPO EXTRAÑO (COMPRESA) CON COLECCIÓN + ADHERENCIAS A LA VEJIGA, EL MESO DEL COLON Y APENDICE. AL FINAL DEL PROCEDIMIENTO RESECCION COMPLETA SIN EVIDENCIA DE LESIONES INTESTINALES CON NECESIDAD DE***

**APENDICECTOMIA Y ENTERORAFIA (Serosa) DEL COLON (LLAMADO INTRAOPERATORIO A CIRUGIA GENERAL)”.**

8. En cuanto al procedimiento que se generó con motivo de los “HALLAZGOS” encontrados, la historia clínica consigna: “**PROCEDIMIENTO.**”

*Parada de seguridad con medidas de protección por pandemia covid 19 bajo anestesia general.*

1. *Incisión mediana infraumbilical previa resección de tercio inferior de cicatriz previa, ingreso a cavidad pélvica de manera extraperitoneal.*
  2. *Dissección de vejiga para separarla de la colección con el cuerpo extraño, cistostomía de 2 CM para facilitar este procedimiento cistorrafia en 2 planos.*
  3. *Resección completa de cuerpo extraño y peritoneo circundante, cultivo de colección, separándolo del meso del colon y asasa delgadas, apéndice adherido a la masa por lo que se realiza llamado intraoperatorio a cirugía general(Dr. Basto) además realiza rafia serosa del colon.*
  4. *Revisión de hemostasia...”.*
9. Dentro de la historia clínica, en el archivo denominado “Evoluciones”, en el acápite de “**DIAGNOSTICOS POSTQUIRURGICOS**”, se consigna: “ **Objeto extraño dejado accidentalmente en el cuerpo durante otras atenciones médicas y quirúrgicas**”.
10. Aparte de los procedimientos ya señalados y que se practicaron en la CLINICA DEL COUNTRY, el paciente PABLO ISAZA RUIZ no se ha sometido a otras intervenciones médicas y/o quirúrgicas en las que se hubiera podido quedar o dejar la compresa y, mucho menos, en otra entidad hospitalaria.
11. La situación presentada ha generado una afectación muy grave en PABLO ISAZA RUIZ, así como en sus padres, LUIS GUILLERMO ISAZA GOMEZ, XIMENA RUIZ CAMERO y en su hermano CAMILO ISAZA RUIZ, quienes han tenido que ver cómo, además de la situación generada por el cáncer, la salud de PABLO se ha visto comprometida, con tan sólo 21 años de edad, por causa de la imprudencia, impericia y negligencia de la entidad en la que fue sometido al procedimiento quirúrgico, así como de los médicos que se designaron para practicarlo.
12. La situación de preocupación ha sido desesperada durante todo este espacio de tiempo y para PABLO ISAZA RUIZ y su familia resulta, ahora, difícil creer o confiar en el cuerpo médico y en instituciones como esa, que dicen ser de las mas prestigiosas y profesionales en el país.
13. PABLO ISAZA RUIZ, a raíz de lo ocurrido, ha tenido que someterse a tratamiento psicológico por la situación de estrés, ansiedad y depresión que le ha causado la situación a que tuvo que someterse por el error médico y en el que estuvo comprometida su vida.

14. En el caso que nos ocupa, los elementos de la responsabilidad civil, en esta ocasión profesional, se configuran claramente pues, el hecho generador – procedimiento quirúrgico inicial de noviembre de 2020 -, está probado; el daño, representado en el haber dejado un objeto extraño – compresa – en el cuerpo de PABLO ISAZA RUIZ y la necesidad de practicarle un nuevo procedimiento quirúrgico para extraérselo con la consecuencia del retiro del apéndice, la rafia serosa del colon y el riesgo que implica un procedimiento quirúrgico con anestesia general en tan corto lapso de tiempo, también se encuentra probado y; finalmente, la relación de causalidad entre el hecho generador y el resultado dañino, representada en la conducta negligente del cuerpo médico dispuesto por la CLINICA DEL COUNTRY para adelantar el procedimiento, quien no fue capaz de hacer un conteo y recuento completo de las compresas utilizadas antes del cierre de la cirugía para corroborar que todas las utilizadas habían sido retiradas, demuestran la configuración de la aludida responsabilidad y el deber de indemnizar a las víctimas del hecho.
15. Para efectos de acreditar la legitimación en la causa de la que gozan mis mandantes para acudir a éste trámite y reclamar lo que se consigna en las pretensiones de la conciliación, me permito manifestar que el señor PABLO ISAZA RUIZ es hijo concebido dentro del matrimonio de sus padres LUIS GUILLERMO ISAZA GOMEZ y XIMENA RUIZ CAMERO, como se demuestra con los registros civiles de matrimonio y nacimiento respectivos que se adjuntan.
16. Del mismo modo, CAMILO ISAZA RUIZ es hermano de PABLO ISAZA RUIZ, hecho que se demuestra con el respectivo registro civil de nacimiento que se adjunta.
17. En cuanto a los perjuicios reclamados y que se relacionan en el acápite de pretensiones de la solicitud, manifiesto que se relacionan con los perjuicios morales causados a las víctimas y su reclamo se rige por las sumas o topes indemnizatorios señalados por el Consejo de Estado, tanto para los perjuicios morales, como para los daños a la vida de relación o daños a la salud.
18. Paralelamente con la presentación de esta reclamación, hemos radicado solicitud de trámite de audiencia de conciliación como requisito de procedibilidad ante la Cámara Colombiana de la Conciliación, la cual esperamos no sea necesario llevar a cabo o, en su defecto, en la que se llegue a un acuerdo que ponga fin a la controversia.
19. He recibido poder suficiente para adelantar este procedimiento.

#### **PRETENSIONES:**

En virtud de lo expuesto en precedencia, respetuosamente solicitamos a ustedes:

1. Reconocer y aceptar la responsabilidad civil en que incurrieron al dejar, de manera negligente, imprudente y con manifiesta impericia, un cuerpo extraño en el cuerpo del convocante-paciente PABLO ISAZA RUIZ, consistente en una compresa, durante el procedimiento quirúrgico que le practicaron los médicos convocados en las instalaciones de la CLINICA DEL COUNTRY el 24 de noviembre de 2020 y que provocó que se le tuviera que practicar una nueva intervención quirúrgica, con anestesia general, el 27 de agosto de 2021, en la que el paciente perdió el apéndice por la adherencia que hizo a él el cuerpo extraño y donde, además, tuvo que realizársele rafia serosa del colon.
2. Que, como consecuencia de lo anterior, acepten y reconozcan que deben indemnizar a mis mandantes, en su calidad de víctimas de esa conducta negligente e imprudente.
3. Que reconozcan y paguen a mis representados, en su calidad de víctimas, las siguientes sumas a título de indemnización:
  - a. Para PABLO ISAZA RUIZ:
    1. A título de perjuicios morales: 100 SMMLV
    2. A título de perjuicios a la vida de relación o derecho a la salud: 100 SMMLV.
  - b. Para LUIS GUILLERMO ISAZA GOMEZ:
    1. A título de perjuicios morales: 100 SMMLV
    2. A título de perjuicios a la vida de relación o derecho a la salud: 80 SMMLV
  - c. Para XIMENA RUIZ CAMERO:
    1. A título de perjuicios morales: 100 SMMLV.
    2. A título de perjuicios a la vida de relación o derecho a la salud: 80 SMMLV
  - d. Para CAMILO ISAZA RUIZ:
    1. A título de perjuicios morales: 50 SMMLV.
    2. A título de perjuicios a la vida de relación o derecho a la salud: 40 SMMLV

**PRUEBAS Y ANEXOS:**

**Documentales:**

- a. Poder legalmente otorgado.
- b. Registro civil de matrimonio de LUIS GUILLERMO ISAZA GOMEZ y XIMENA RUIZ CAMERO.
- c. Registros civiles de nacimiento de PABLO y CAMILO ISAZA RUIZ.
- d. Historias clínicas del Convocante PABLO ISAZA RUIZ.

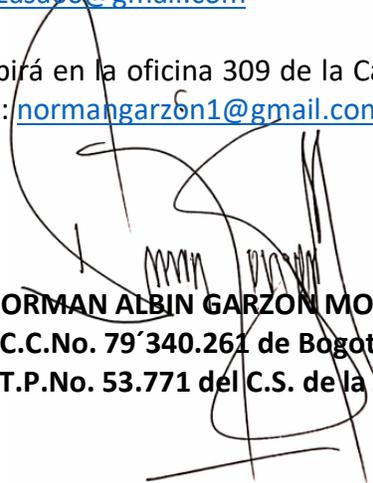
**NOTIFICACIONES:**

Los Convocantes las recibirán en la carrera 7 # 132 – 10 Edificio Etapa 2 apto 601 de Bogotá, D.C. ó en los correos electrónicos que se relacionan a continuación:

**PABLO ISAZA RUIZ, LUIS GUILLERMO ISAZA GOMEZ, XIMENA RUIZ CAMERO y CAMILO ISAZA RUIZ**, mayores y vecinos de Bogotá, D.C., identificados con las cédulas de ciudadanía números 1.192'770.910, 79'486.784, 39'791.591 y 1.000'794.508, respectivamente, con correos electrónicos: [pabloisazaruiz@yahoo.com](mailto:pabloisazaruiz@yahoo.com), [lgisazadr@hotmail.com](mailto:lgisazadr@hotmail.com), [ximenaruiz03@yahoo.com](mailto:ximenaruiz03@yahoo.com), [Cizasa60@gmail.com](mailto:Cizasa60@gmail.com)

El suscrito apoderado las recibirá en la oficina 309 de la Calle 98 No. 9 A – 41 de Bogotá, D.C. ó en el correo electrónico: [normangarzon1@gmail.com](mailto:normangarzon1@gmail.com)

Atentamente,



**NORMAN ALBIN GARZON MORA**  
C.C.No. 79'340.261 de Bogotá  
T.P.No. 53.771 del C.S. de la J.



**Clínica** del  
**Country**



**Clínica**  
**La Colina**

— **POLÍTICAS** —  
DE CALIDAD Y  
SEGURIDAD EN LA  
ATENCIÓN

# TABLA DE CONTENIDO

## Política de Seguridad del Paciente



Pág. 06

Propósito .....	<b>Pág. 07</b>
Alcance .....	<b>Pág. 07</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 07</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 09</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 10</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 10</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 10</b>

## Política para la identificación Correcta de Pacientes



Pág. 11

Propósito .....	<b>Pág. 12</b>
Alcance .....	<b>Pág. 12</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 12</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 14</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 14</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 14</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 15</b>

## Política Manejo Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo



Pág. 16

Propósito .....	<b>Pág. 17</b>
Alcance .....	<b>Pág. 17</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 17</b>
- Estrategias en la prescripción .....	Pág. 18
- Estrategias en el acondicionamiento .....	Pág. 18
- Estrategias en el almacenamiento: .....	Pág. 19
- Estrategias en la preparación o adecuación de medicamentos: .....	Pág. 19
- Estrategias en la dispensación .....	Pág. 19
- Estrategias en la administración .....	Pág. 20
- Estrategias de seguimiento y vigilancia .....	Pág. 20
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 20</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 20</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 20</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 21</b>

## Política de Cirugía Segura



Pág. 22

Propósito .....	<b>Pág. 23</b>
Alcance .....	<b>Pág. 23</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 23</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 27</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 28</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 28</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 29</b>

## Política de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud



Pág. 30

Propósito .....	<b>Pág. 31</b>
Alcance .....	<b>Pág. 31</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 31</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 33</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 33</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 33</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 34</b>

## Política Prevención de Caídas

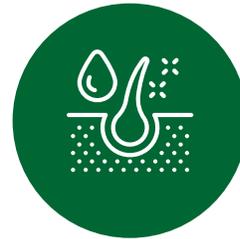


Pág 35

Propósito .....	<b>Pág. 36</b>
Alcance .....	<b>Pág. 36</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 36</b>

Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 38</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 38</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 38</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 39</b>

## Política Prevención de Lesiones de Piel



Pág. 40

Propósito .....	<b>Pág. 41</b>
Alcance .....	<b>Pág. 41</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 41</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 42</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 42</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 42</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 43</b>

## Política de Eventos Centinela



Pág. 44

Propósito .....	<b>Pág. 45</b>
Alcance .....	<b>Pág. 45</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 45</b>

- Identificación, notificación y reporte ..... Pág. 46
- Investigación y análisis del evento ..... Pág. 47
- Formulación de plan de intervención con acciones correctivas y seguimiento a su implementación ..... Pág. 49

Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 48</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 48</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 48</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 49</b>

## Política de Fin de Vida



**Pág. 50**

Propósito .....	<b>Pág. 51</b>
Alcance .....	<b>Pág. 51</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 51</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 52</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 54</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 54</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 55</b>

Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 62</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 62</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 62</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 63</b>

## Política de Reprocesamiento de Dispositivos Médicos



**Pág. 56**

Propósito .....	<b>Pág. 57</b>
Alcance .....	<b>Pág. 57</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 57</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 58</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 59</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 59</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 59</b>

## Política de Atención Materno Perinatal



**Pág. 60**

Propósito .....	<b>Pág. 61</b>
Alcance .....	<b>Pág. 61</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 61</b>

## Política de Investigación



**Pág. 64**

Propósito .....	<b>Pág. 65</b>
Objetivos Generales .....	<b>Pág. 65</b>
Objetivos Específicos .....	<b>Pág. 65</b>
Alcance .....	<b>Pág. 65</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 66</b>

- Directrices y lineamientos para proyectos de investigación institucional (interna y patrocinada)..... Pág. 66
- Lineamientos para garantizar el compromiso de los patrocinadores y/o Organizaciones de investigación por contrato (CRO) ..... Pág. 69
- Lineamientos para el manejo de conflictos de interés..... Pág. 70
- Lineamientos de seguridad del paciente .. Pág. 70
- Lineamientos de consentimiento informado e información a pacientes y familiares ..... Pág. 72

Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 73</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 75</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 75</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 76</b>

## Política de atención humanizada



**Pág. 77**

Propósito .....	<b>Pág. 78</b>
Alcance .....	<b>Pág. 78</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 78</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 81</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 82</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 82</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 82</b>

## Política de Comunicación Efectiva



**Pág. 83**

Propósito .....	<b>Pág. 84</b>
Alcance .....	<b>Pág. 84</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 84</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 86</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 87</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 87</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 87</b>

## Política de Trasplantes



**Pág. 88**

Propósito .....	<b>Pág. 89</b>
Alcance .....	<b>Pág. 89</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 89</b>

- Principio rector 1 .....	Pág. 90
- Principio rector 2 .....	Pág. 90
- Principio rector 3 .....	Pág. 90
- Principio rector 4 .....	Pág. 90
- Principio rector 5 .....	Pág. 90
- Principio rector 6 .....	Pág. 90
- Principio rector 7 .....	Pág. 90
- Principio rector 8 .....	Pág. 91
- Principio rector 9 .....	Pág. 91
- Principio rector 10 .....	Pág. 91
- Principio rector 11 .....	Pág. 91

Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 93</b>
Bibliografía .....	<b>Pág. 93</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 94</b>

## Política Prevención de Gestión de la Tecnología



**Pág. 95**

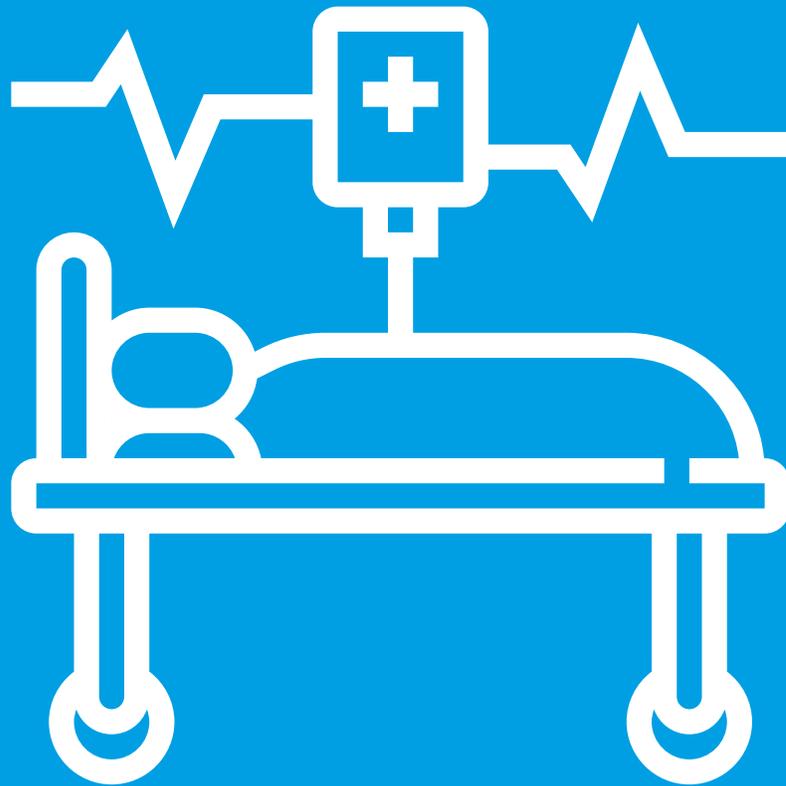
Propósito .....	<b>Pág. 96</b>
Alcance .....	<b>Pág. 96</b>
Lineamientos .....	<b>Pág. 96</b>
Definiciones Relacionadas .....	<b>Pág. 97</b>
Documentos Relacionados .....	<b>Pág. 98</b>
Indicadores para su seguimiento .....	<b>Pág. 98</b>
Control de Cambios del Documento .....	<b>Pág. 99</b>



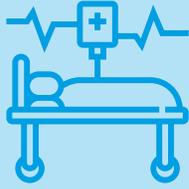
Clínica del  
Country



Clínica  
La Colina



# Política de Seguridad del Paciente



# Política de Seguridad del Paciente

## Propósito

La Política de Seguridad del Paciente en las Clínicas y sus sedes establece los lineamientos, herramientas, procesos y prácticas para brindar una atención segura y confiable a los pacientes, que favorezca los mejores resultados clínicos posibles.

## Alcance

La Política de Seguridad del Paciente va dirigida a todos los colaboradores de las Clínicas y sus Sedes, incluye a todo el personal asistencial, administrativo, de apoyo y terceros que hacen parte del ciclo de atención de pacientes, sus familias, visitantes y usuarios.

## Lineamientos

La Institución y sus directivas están comprometidas con la **Seguridad del Paciente** e impulsan la articulación de acciones en la gestión clínica y administrativa para el fomento de prácticas seguras que contribuyen a la excelencia durante la atención.

La Institución define al Comité de Seguridad del Paciente como la máxima instancia colectiva para la aprobación de lineamientos y proyectos de calidad que permitan la toma de decisiones en materia de calidad y seguridad.

Es su compromiso incentivar una cultura de seguridad justa, educativa, no punitiva más no permisiva, que permita la responsabilidad en el análisis e impulse el mejoramiento continuo.

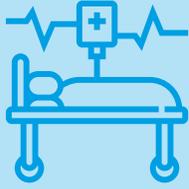
Todo miembro de la Institución debe ejercer, con su liderazgo y trabajo en equipo, las acciones orientadas al cumplimiento de los objetivos propuestos y al logro de los resultados en seguridad de la atención al paciente y su familia.

La Institución implementa un **Programa de Seguridad del Paciente** e incentiva el conocimiento mediante la investigación y el aprendizaje de los indicios de atención insegura para orientar la toma de decisiones en calidad y seguridad del paciente. Se previenen y mitigan la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud, mediante la implementación de barreras de seguridad en la atención.

El enfoque de la gestión del riesgo, en el cual se orientan las acciones de mejora a generar valor, apoyadas en prácticas de gobernanza y el liderazgo que exige estrategias de coordinación entre los servicios de las clínicas y promueven escenarios de construcción colaborativa en torno al mejoramiento continuo de la calidad y seguridad de la atención.

La Institución establece un sistema de gestión de riesgos que proporciona un enfoque proactivo a la Seguridad del Paciente y facilita la identificación, definición de la magnitud y frecuencia de aparición. El seguimiento a la gestión de riesgos define controles para minimizar la posibilidad de ocurrencia de incidentes y eventos adversos en la Institución.





## Política de Seguridad del Paciente

Para el desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente y el alcance de los objetivos propuestos, la Institución se apoya en el logro de **seis (6) metas institucionales de seguridad**: (i) identificar correctamente a los pacientes, (ii) mejorar la comunicación efectiva, (iii) mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos de alto riesgo, (iv) garantizar una cirugía segura, (v) minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, (vi) minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas. A su vez, implementa los programas de piel sana y gestión del riesgo para minimizar eventos trombo-embólicos en los pacientes.

Todo el personal de las Clínicas y sus sedes tiene la responsabilidad de formarse y educar, en un entorno de confianza, respeto e inclusión, a los pacientes y sus familias, a los proveedores y terceros en materia de Seguridad del Paciente.

La organización entiende el error como parte inevitable del comportamiento humano, por lo que el enfoque del programa de seguridad va encaminado a minimizar el daño y no el error, mediante la creación de las barreras de seguridad. En caso de presentarse un evento centinela durante la atención de un paciente, el proceso de notificación, gestión y seguimiento cumplirá con lo definido en la política de gestión de eventos centinelas (**MIS-POL-09**).

En las Clínicas y sus sedes opera un sistema único de reporte (**Almera**) que facilita la oportunidad en la notificación de indicios de atención insegura y permite la identificación y el análisis de la situación presentada. Los equipos de trabajo asistencial y administrativo centran sus mejoras hacia el ajuste, optimización e innovación de los procesos.

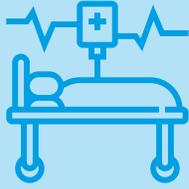
La Institución promueve la búsqueda activa, en la que el equipo de seguridad del paciente mediante herramientas validadas nivel internacional, identifica desviaciones que deberán someterse a análisis.

Las directivas estimulan el reporte mediante el fomento de la cultura justa en la que el reportador no es sancionado, pero el ocultamiento si podrá ser considerado sujeto de proceso disciplinario. La transparencia en la gestión de las acciones de mejoramiento, derivadas de los análisis de indicios de atención insegura, enmarca la cultura de Seguridad del Paciente en la Institución.

La organización ha definido tiempos específicos para el análisis de los eventos de acuerdo a clasificación de riesgo basado en la severidad, impacto y posibilidad de recurrencia. Todos los reportes son analizados independiente de su severidad. Es por ello que, en las Clínicas y sus sedes la comunicación del aprendizaje, producto de la investigación de los eventos, es abierta e incluyente.

Los indicios de atención insegura presentados en estudios clínicos del Centro de Investigación o en investigaciones institucionales son gestionados de acuerdo con los lineamientos de esta política. El Programa de Seguridad del Paciente ha realizado una homologación con la taxonomía propia de la investigación clínica, para realizar el reporte de cualquier indicio de atención insegura que afecte directamente cualquiera de las seis (6) metas de seguridad del paciente. En caso de presentarse un evento centinela en el marco de investigación, el proceso de notificación, gestión y seguimiento cumplirá con lo definido en la política de gestión de eventos centinelas de la Clínica (**MIS-POL-09**).





# Política de Seguridad del Paciente

## Definiciones Relacionadas

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

» **Cultura de seguridad:** También conocida como cultura segura, un entorno colaborativo en el que los clínicos cualificados se tratan unos a otros con respeto, los líderes dirigen un trabajo en equipo efectivo y promueven la seguridad psicológica, los equipos aprenden de los errores e incidentes que no llegaron al paciente, los que proporcionan cuidados son conscientes de las limitaciones inherentes del desempeño humano en sistemas complejos (reconocimiento del estrés) y existe un proceso de aprendizaje y orientación hacia la mejora visibles a través de las sesiones de análisis (debriefing).

» **Indicio de atención insegura:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

» **Falla de la atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

» **Riesgo:** probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

» **Evento adverso:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

» **Evento centinela:** La ocurrencia de un acontecimiento no previsto que implica la muerte o una lesión física o psicológica grave. Un evento centinela es un incidente imprevisto que supone la muerte o lesiones físicas o

psicológicas graves. La lesión física grave específicamente incluye la pérdida de un miembro o una función. Dichos eventos se denominan centinela porque indican la necesidad de una investigación y respuesta inmediata.<sup>3</sup>

» **Incidente:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

» **Complicación:** es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

» **Segunda Víctima:** Un profesional sanitario implicado en un evento adverso no previsto de un paciente, un error médico, y/o una lesión relacionada con un paciente, que resulta victimizado en el sentido de que el profesional queda traumatizado por el incidente. La respuesta emocional del profesional, que puede incluir remordimientos, ansiedad y angustia, puede tener un impacto en la calidad y la seguridad de la atención a los pacientes si las organizaciones sanitarias no reconocen y proporcionan apoyo para el profesional sanitario.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> Estándares de acreditación Joint Commission International para Hospitales. 6° Edición.





# Política de Seguridad del Paciente

## Documentos Relacionados

- » Política de identificación correcta de pacientes
- » Política de comunicación efectiva
- » Política de seguridad de los medicamentos de alto riesgo
- » Política de Cirugía Segura
- » Política de Prevención, vigilancia y Control de Infecciones
- » Política de prevención de caídas
- » Política de prevención de lesiones de Piel
- » Política de prevención de eventos tromboembólicos
- » Política de Evento Centinela
- » Programa de Seguridad del Paciente
- » Rondas de seguridad
- » Procedimiento de análisis y seguimiento a incidentes, eventos adversos y fallas

## Indicadores para su seguimiento

- » Cultura de reporte en seguridad de paciente
- » Relación entre cuasi eventos y eventos adversos
- » Número eventos centinelas
- » Tasa de caída de pacientes hospitalizado
- » Tasa de infección de sitio operatorio
- » Tasa de infección asociada a dispositivos médicos

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p><b>Nombre:</b> Diego García, Patricia Ortiz, Camila Ochoa, Iván Camargo</p>	<p><b>Nombre:</b> María Lucía Grueso A.</p>	<p><b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera</p>
<p><b>Cargo:</b> Grupo de Seguridad del Paciente</p>	<p><b>Cargo:</b> Jefe de Calidad</p>	<p><b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente General Gerente Médico</p>
<p><b>Fecha:</b> 04/03/2020</p>	<p><b>Fecha:</b> 20/12/2020</p>	<p><b>Fecha:</b> 20/01/2021</p>



# **Política para la Identificación Correcta de Pacientes**



# Política para la identificación Correcta de Pacientes

## Propósito

La política de identificación correcta de paciente establece los lineamientos, herramientas, procesos y prácticas para identificar al paciente de manera uniforme en las Clínicas y sus Sedes, inclusive en aquellas situaciones de emergencia.

## Alcance

Esta política está dirigida a todos los procesos institucionales asistenciales en los ámbitos ambulatorio, hospitalario y en los procesos administrativos; incluye al personal asistencial, administrativo, de apoyo y terceros que hacen parte del ciclo de atención de pacientes y sus familias visitantes.

## Lineamientos

La Institución y sus directivas están comprometidas con la identificación correcta de los pacientes que ingresan a las Clínicas y sus Sedes e impulsan el diseño e implementación de estrategias e intervenciones necesarias para el uso correcto de identificadores en cualquier circunstancia que implique intervenciones de pacientes.

La correcta identificación de los pacientes se constituye en la primera (I) meta de seguridad, dentro del marco de la Política de Seguridad del Paciente. Esta meta se rige a partir de las orientaciones emitidas por el **Comité de Seguridad del Paciente**, en lo referente a lineamientos para el uso correcto de identificadores en el paciente.

Todo el personal médico, de enfermería y administrativo ejerce con su liderazgo y trabajo en equipo, la implementación estricta de intervenciones definidas para la correcta identificación de los pacientes.

Se establece como obligatorio la verificación cruzada de la identificación del paciente en todas las actividades administrativas o asistenciales con los **dos (2) identificadores institucionales**: (i) para los pacientes con nacionalidad colombiana, serán los nombres y apellidos completos y número de identificación y (ii) en caso que el paciente sea extranjero los dos (2) identificadores serán los nombres y apellidos completos y el número de pasaporte o número de cédula de extranjería <sup>1</sup>.

**No se identificará a ningún paciente con el número de habitación o servicio, ni tampoco será permitido identificarlo con la patología o alguna condición especial.**

La Institución implementa un proceso para identificar correctamente al paciente. Se utilizan métodos y dispositivos definidos en el ámbito hospitalario y ambulatorio, a través de protocolos de obligatorio cumplimiento, los cuales establecen que:

Todos los pacientes que ingresen a la clínica a servicios de internación (hospitalización, urgencias, cirugía y procedimientos ambulatorios) deben estar identificados con manilla de identificación.

<sup>1</sup> Resolución 1995 de 1999, artículo 6.





## Política para la identificación Correcta de Pacientes

La manilla de identificación debe contener los **dos (2) identificadores institucionales** (nombres completos y apellidos completos y número de identificación del paciente), la información de la manilla de identificación será impresa directamente de los datos que se encuentran en la Historia Clínica.

El paciente siempre portará la manilla en uno de los miembro superiores o inferiores y ésta debe permanecer en perfectas condiciones asegurando su legibilidad, en caso de presentar deterioro se cambiará por otra manilla. Sin embargo, la manilla deteriorada no se retirará hasta tanto no se tenga disponible para ubicarla en el paciente. En los servicios ambulatorios solo se empleará manilla de identificación en caso de procedimiento intervencionista y en estancias programadas en dichos servicios por más de **seis (6) horas**.

En el evento en que no sea posible imprimir la manilla directamente desde el sistema de información se activa plan de contingencia para la impresión de manillas manualmente confirmando los datos de identificación registrados en la historia clínica con chequeo de lectura en voz alta con el paciente. De no ser posible obtener los datos desde la urgencia se tomarán los mismos desde el documento del paciente.

En los tableros de identificación de los pacientes que se encuentra hospitalizados o permanecen en observación de urgencias se deben registrar los dos (2) identificadores institucionales: nombres y apellidos completos y número de identificación del paciente, los cuales facilitan la comunicación con el paciente. El registro de los identificadores en pacientes neonatos se hará con letrero impreso en la cuna o incubadora.

La Institución garantiza la correcta identificación de los pacientes en circunstancias especiales. En el caso de pacientes vulnerables que ingresen a la institución sin documento de identificación ya sea menor de edad o adulto se identificarán como menor sin identificación (MS) o adulto sin identidad (AS) respectivamente. Solo en el caso de estas situaciones se asignará un número de documento consecutivo para el ingreso, emitido por admisiones al momento de la apertura de historia clínica. Una vez se tenga acceso al documento de identificación del paciente, se efectuará el cambio

Ahora bien, respecto a la identificación de los recién nacidos, se hará con el número de identificación de la madre seguido del número de hijo vivo referido por la madre, de conformidad con lo indicado en la Resolución 1995 de 1999 en su artículo 6. En caso de embarazos múltiples el consecutivo se agregará de acuerdo al orden de nacimiento del recién nacido. Siempre se hará la identificación del recién nacido en presencia de la madre o el padre e inmediatamente posterior al nacimiento.

Durante toda la atención del recién nacido se velará por la protección de su identificación, con el uso permanente de la manilla de identificación por el menor en alguna de sus extremidades.

La identificación de los pacientes en condición de desorientación, confusión o en estado comatoso que ingresan a las Clínicas sin identificación se realizará como adulto sin identificar (AS) y en el caso de ser menor de edad como menor sin identificación (MS). Solo en el caso de estas situaciones específicas se asignará un número de documento consecutivo para el ingreso emitido por admisiones al momento de la apertura de historia clínica; una vez se tenga acceso al documento de identificación del paciente, se realizará el cambio respectivo en la historia clínica y se imprime nueva manilla para ubicarla en el paciente.

En el momento de la postura de dispositivos de identificación a los pacientes como la manilla, se educará al paciente sobre la importancia del dispositivo y la necesidad de verificación de manera permanente por el personal antes de cualquier procedimiento.





# Política para la identificación Correcta de Pacientes

**La Institución ha definido la verificación cruzada de identificación del paciente en los siguientes momentos de la atención:** (i) al momento de ingreso del paciente al servicio, (ii) en la administración de medicamentos, (iii) en la dispensación de dieta, (iv) antes de iniciar procedimiento diagnóstico o terapéutico, (v) antes de iniciar procedimiento quirúrgico y, en (v) toma de muestras.

Todos los recipientes que se empleen para muestras de laboratorio o patología, que contengan fluidos o especímenes de los pacientes, deberán registrar de forma pre impresa o manual los **dos (2) identificadores institucionales:** nombres completos y apellidos completos y número de identificación del paciente.

## Definiciones Relacionadas

» **Identificación del paciente:** es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

» **Verificación cruzada:** Procedimiento mediante el cual se identifica de manera correcta a un paciente, a través de mínimo dos mecanismos verbal y a través de la manilla, verbal y visual de identificación del paciente. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

» **Doble chequeo:** Sistema de seguridad mediante el cual es posible revisar y confirmar datos. Se realiza verificando los datos de identificación contra los datos correctos en la historia clínica, manilla de identificación, paciente, acompañante o tarjetas de identificación de paciente. (Ministerio de Protección Social, 2007)

» **Homónimo:** Hace referencia a los pacientes que tienen nombres iguales o muy similares, y se encuentran recibiendo atención dentro de la institución al mismo tiempo.

» **Paciente sin identificar:** Todo paciente ingrese a la institución, que no cuente con un documento de identificación expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil o Consulado, que por su condición de salud no pueda brindar datos de su identificación.

## Documentos Relacionados

- » Política de Seguridad del Paciente
- » Procedimiento de identificación de pacientes

## Metas e Indicadores para Su Seguimiento

- » Tasa de incidentes asociados a fallas en la identificación del paciente.
- » Tasa de indicios de atención insegura en la identificación del paciente durante el registro de ingreso.
- » Adherencia a la correcta identificación de pacientes.

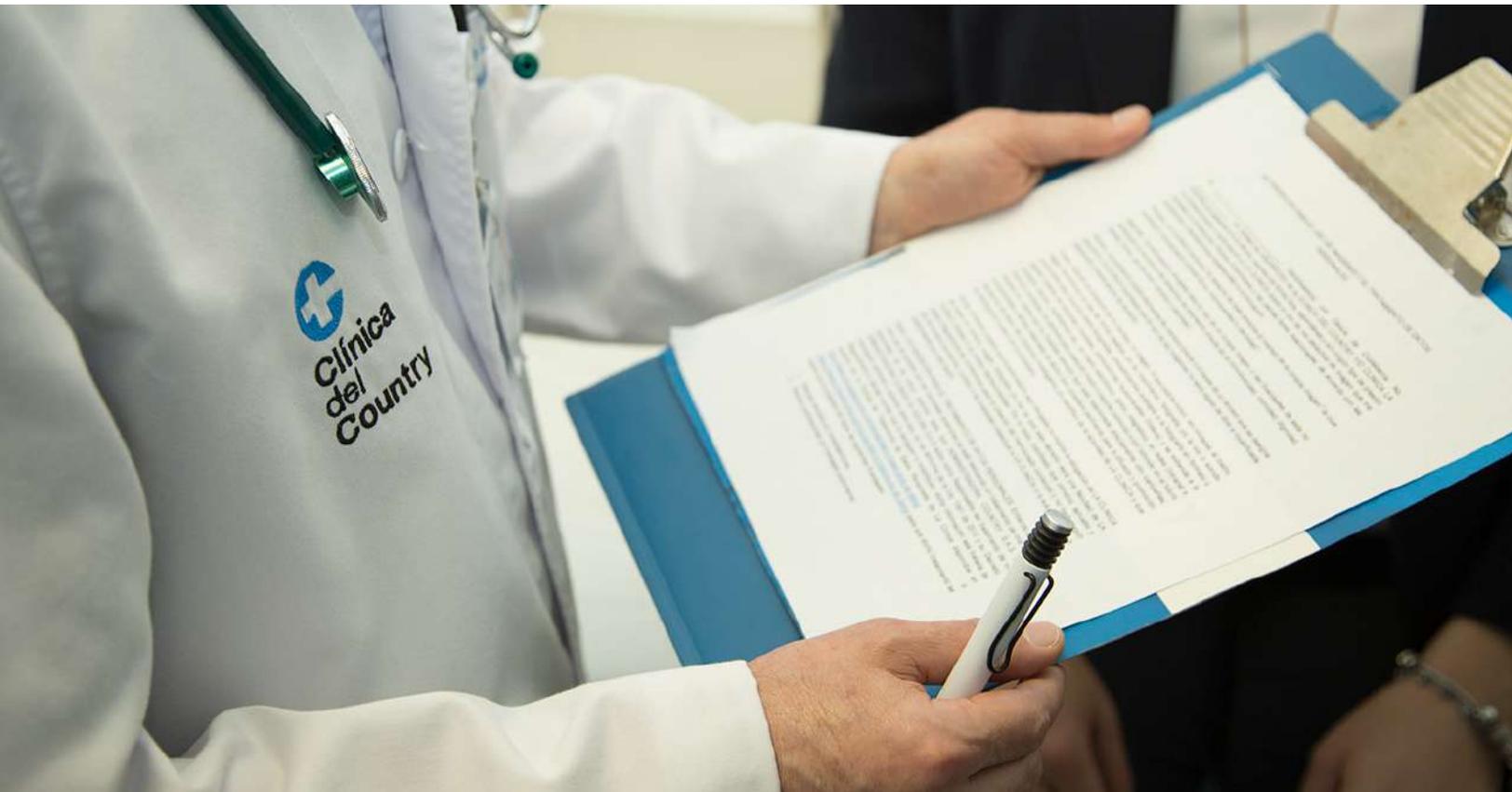




# Política para la identificación Correcta de Pacientes

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> Grupo Gestor de Meta 1. Identificación Correcta de Pacientes Líder de Seguridad del Paciente Meta 1. Camila Andrea Ochoa Vanegas	<b>Nombre:</b> Ana Zakzuk María Lucía Grueso A.	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera
<b>Cargo:</b> Grupo Gestor de Meta 1.	<b>Cargo:</b> Jefe Oficina Jurídica Jefe de Calidad	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente Médico Gerente General
<b>Fecha:</b> 30/06/2020	<b>Fecha:</b> 26/08/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





# **Política Manejo Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo**



# Política Manejo Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo

## Propósito

La política de medicamentos de alto riesgo en las clínicas y sus sedes, establece los lineamientos para el manejo seguro de estos medicamentos, en sus diferentes etapas de uso, con el fin de mitigar los potenciales riesgos y contribuir a la seguridad de los pacientes durante su ciclo de atención.

## Alcance

La presente política está dirigida a todo el personal administrativos y asistenciales involucrado con procesos de manejo de medicamentos de alto riesgo a partir de los procesos de selección, adquisición, transporte, prescripción, recepción, almacenamiento, acondicionamiento, distribución, adecuación, dispensación, administración hasta el monitoreo y seguimiento al uso apropiado de los mismos para evitar incidentes y eventos adversos.

## Lineamientos

La Institución está comprometida con la Seguridad del Paciente y promueve el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo, reconociendo que cuando estos no se utilizan de manera correcta presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.

Se define al **Comité de Farmacia y Terapéutica** como la máxima instancia colectiva para la aprobación de lineamientos y estrategias para el uso seguro de medicamentos de alto riesgo en las Clínicas y sedes.

Todo medicamento que sustenta alertas nacionales e internacionales de seguridad en su uso y que presenta prevalencia histórica de eventos adversos, es identificado como medicamento de alto riesgo e incluido en un listado único de medicamentos de alto riesgo, el cual es revisado y aprobado anualmente por el Comité de Farmacia y Terapéutica, incluye distribución por grupos terapéuticos y estrategias de mitigación de riesgo a través de marcación distintiva, seguimiento activo a la formulación por parte de los farmacéuticos asistenciales, restricción de dispensación del medicamento a servicios de hospitalización no crítica y preparación de mezclas estandarizadas desde la central de mezclas del servicio farmacéutico.

También se tiene definido un listado de medicamentos semejantes para gestionar el riesgo de confusión por su apariencia similar, por etiquetado, envoltorio o nombre del producto que pueden dar lugar a errores en la medicación potencialmente perjudiciales.

Entendiendo que la gestión adecuada de los medicamentos de alto riesgo se garantiza mediante un proceso, la Institución ha diseñado diferentes estrategias que garanticen la seguridad del paciente.





# Política Manejo Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo

## Estrategias en la prescripción:

La política de medicamentos de alto riesgo en las clínicas y sus sedes, establece los lineamientos para el manejo seguro de estos medicamentos, en sus diferentes etapas de uso, con el fin de mitigar los potenciales riesgos y contribuir a la seguridad de los pacientes durante su ciclo de atención.

- » La institución tiene definido el uso de Historia Clínica Electrónica para todas las órdenes no urgentes para medicamentos de alto riesgo en todas las áreas de la institución. Los datos mínimos para una prescripción completa de medicamentos incluyen: a) identificación completa del paciente, b) descripción completa del medicamento (nombre en denominación común internacional, forma farmacéutica, concentración) c) dosis d) Vía de administración e) frecuencia) duración del tratamiento, g) Indicaciones especiales.
- » La institución cuenta con un proceso para gestionar tipos especiales de órdenes, como las de emergencia, así como todos los elementos específicos de tales órdenes.
- » La historia clínica electrónica cuenta con una alerta visible durante la prescripción de medicamentos de alto riesgo que busca generar estrategias de revisión y doble chequeo así como alertas de interacciones de relevancia clínica de los medicamentos de altos riesgo. En los medicamentos cuyos nombres genéricos son muy parecidos entre sí, existe alternación de mayúsculas y minúsculas para hacer una diferencia visual que evite errores durante la formulación. Ejemplo: dopamina, DOBUTamina, DOXOrubicina.



## Estrategias en el acondicionamiento:

- » En el listado de medicamentos de alto riesgo se definen aquellos que deben ir etiquetados desde el almacén de farmacia. De esta manera, el color rojo de la etiqueta y la leyenda “alto riesgo”, facilitan su identificación y recuerda hacer una pausa de seguridad antes de la dispensación, durante la recepción y la administración al paciente.
- » Para diferenciar los medicamentos físicamente parecidos entre sí se marca cada unidad del medicamento más peligroso o de menor rotación con un autoadhesivo verde fluorescente con un símbolo de alerta y la leyenda “semejante” en cada unidad farmacéutica.





# Política Manejo Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo

## Estrategias en el almacenamiento:

- » Los medicamentos semejantes entre sí se almacenan en lugares separados unos de otros y en su ubicación se cuenta con letreros de alerta para que el personal tenga mayor precaución en su manejo.
- » En el caso de los medicamentos oncológicos, estos se almacenan en la parte baja de estanterías y neveras para evitar contaminación por derrames y cuentan con la marcación especial para su identificación.
- » Los electrolitos concentrados no se dispensan ni almacenan en los pisos de hospitalización y a excepción de la farmacia solo pueden encontrarse en unidades de cuidado intensivo que es a donde está autorizada la dispensación. En todos los casos están almacenados en una ubicación claramente identificada, separada y con acceso restringido para evitar la administración errónea
- » En las áreas asistenciales se asegurar la custodia y acceso restringido a los lugares de almacenamiento de medicamentos.

## Estrategias en la preparación o adecuación de medicamentos:

- » Se tiene definidas mezclas estandarizadas de medicamentos de alto riesgo preparadas desde la central de mezclas de farmacia, las cuales incluyen electrolitos, anticoagulantes, inotrópicos, antibióticos y anestésicos.
- » Se cuenta con protocolos para la preparación e identificación de medicamentos en áreas asistenciales y con información estandarizada para la preparación de mezclas de alto riesgo, la cual se revisa y actualiza periódicamente entre enfermería y el servicio farmacéutico.

## Estrategias en la dispensación:

- » Se cuenta con un listado de medicamentos restringidos en la dispensación para servicios de hospitalización ya que por su riesgo requieren de monitoreo por parte de personal entrenado. Si en la farmacia en el proceso de dispensación los regentes y/o auxiliares de farmacia identifican solicitudes de enfermería de alguno de los medicamentos del listado, informan al farmacéutico de turno y la autorización de entrega sólo se realiza con aval del jefe de hospitalización e informar a cuidado intensivo. En el caso de medicamentos citotóxicos estos nunca serán entregados sin adecuar a piso. Se prohíbe la manipulación por parte de enfermería.
- » En el momento de la dispensación de medicamentos de alto riesgo los auxiliares de farmacia verifican las etiquetas de alerta, hacen una pausa de seguridad y garantizan los correctos de la dispensación y el cumplimiento de los lineamientos de la presente política.





# Política Manejo Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo

## Estrategias en la administración:

- » La Institución tiene establecido un proceso para la administración segura de medicamentos de alto riesgo. El personal de enfermería verifica las etiquetas de alerta, hace una pausa de seguridad, establece y documenta el doble chequeo y garantiza los correctos de la administración y el cumplimiento de los lineamientos de la presente política.
- » El sistema de información permite que el personal de enfermería visualice si hay medicamentos de alto riesgo formulados y las interacciones farmacológicas si existen dentro de la prescripción.

## Estrategias de seguimiento y vigilancia:

- » Desde el servicio farmacéutico se realiza seguimiento activo a la formulación de medicamentos de alto riesgo, generando alertas al personal asistencial, con el fin de detectar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos.
- » Se elaboran y divulgan boletines informativos (Tips de seguridad de medicamentos) y se realiza el análisis periódico de indicadores del programa de farmacovigilancia para generar estrategias e intervenciones a través de grupos multidisciplinarios.

**Todo profesional de la salud debe ejercer, con su liderazgo y trabajo en equipo, las acciones orientadas al cumplimiento de las estrategias para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo en los pacientes.**

### Definiciones Relacionadas

» **Seguridad del paciente:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

» **Medicamentos de alto riesgo:** Son aquellos que tienen un riesgo muy elevado de causar daños graves o incluso mortales, cuando se produce un error en el curso de su utilización; Los errores asociados al uso de estos medicamentos no son necesariamente los más frecuentes, pero en caso de producirse las consecuencias para los pacientes son muy graves

» **Medicamentos semejantes (LASA):** Los medicamentos LASA (del inglés Look-Alike & Sound-Alike) son medicamentos que se parecen físicamente o que sus nombres suenan parecido entre sí, por lo que tienen una mayor probabilidad de generar confusión

durante su prescripción, dispensación y administración.

### Documentos Relacionados

- » Listado de medicamentos de alto riesgo
- » Listado de medicamentos similares
- » Programa gestión segura de medicamentos
- » Manual institucional de Farmacovigilancia
- » Protocolo de administración de medicamentos
- » Protocolo manejo seguro de medicamentos oncológicos

### Metas e indicadores para su seguimiento

- » Proporción de Eventos Adversos asociados a medicamentos de alto riesgo.





# Política Manejo Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> Karen Charria Claudia Pulido Leonardo Díaz	<b>Nombre:</b> Miembros Comité de Farmacia y Terapéutica	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera
<b>Cargo:</b> Gerente de Farmacia Coordinadora de Farmacia Clínica del Country Coordinadora de Farmacia Clínica del Clínica La Colina	<b>Cargo:</b> Comité de Farmacia y Terapéutica	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente General Gerente Médico
<b>Fecha:</b> 02/02/2020	<b>Fecha:</b> 30/06/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





# Política de Cirugía Segura



# Política de Cirugía Segura

## Propósito

Establecer las pautas, procesos y condiciones para garantizar el desarrollo de todos los procedimientos quirúrgicos, en la Institución y sus sedes, de manera segura y en coherencia con el direccionamiento estratégico institucional.

## Alcance

Aplica para todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en quirófanos o salas de cirugía, sea cual sea su nivel de complejidad y abarca todo el ciclo de atención, desde la planificación del procedimiento hasta el egreso seguro y el seguimiento postoperatorio del paciente.

## Lineamientos

La atención quirúrgica de cada paciente debe ser planificada por el médico tratante y en los casos previamente definidos (casos de alta complejidad, cirugías mutilantes o ablativas, casos de riesgo aumentado por enfermedad y morbilidades, etc) adoptadas en junta de decisiones quirúrgicas y deben estar documentadas en la Historia Clínica.

Todo el ciclo de la decisión (indicación, propósito de la intervención, riesgos, beneficios, particularidades del caso) debe quedar consignado en la historia clínica de manera que los terceros observadores, jueces, organismos de vigilancia y control y personal de auditoría, puedan reconstruir las decisiones a partir de la revisión de los registros clínicos.

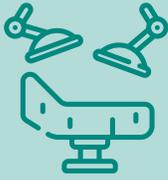
El plan quirúrgico incluye un diagnóstico preoperatorio, la planificación de la intervención, la suscripción del formato de consentimiento informado (debidamente diligenciado y discutido con el paciente), el registro de la intervención con sus hallazgos, eventos y complicaciones transoperatorias, la identificación de si se obtuvo material para su estudio anatomopatológico, el seguimiento diario (o más si el caso lo amerita) por el profesional tratante, hasta el momento del alta con entrega de instrucciones de egreso, fórmulas y órdenes médicas claras y precisas, incapacidad y demás requisitos propios de una atención de alta calidad.

Teniendo en cuenta que el paciente adulto es el único dueño de las decisiones sobre su salud, solo se podrá planificar un evento quirúrgico cuando se cuente con su autorización expresa, consignada en el formato de consentimiento informado institucional, basada en una información clara, completa, oportuna y veraz de los objetivos de la intervención que se le plantea, su forma de realización, sus indicaciones y objetivos, sus riesgos y sus beneficios, así como las consecuencias (si las hubiere) para el mediano y largo plazo.

El paciente adulto deberá recibir una información de calidad, frente a un testigo (debidamente identificado) que con su firma dará, en caso de requerirse, un aval que permita confirmar la calidad de la información entregada al paciente, su capacidad de comprensión y su libertad (sin apremios ni presiones) a la hora de firmar el documento.

En los pacientes pediátricos, el formato de consentimiento informado deberá ser suscrito por ambos padres y solo excepcionalmente e indicando las razones y autorizaciones recíprocas podrá firmar solo uno de ellos, con el compromiso de mantener al otro debidamente informado y como corresponsable de la atención de su hijo y de la





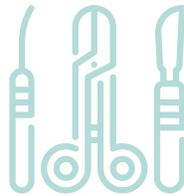
# Política de Cirugía Segura

autorizaciones recíprocas podrá firmar solo uno de ellos, con el compromiso de mantener al otro debidamente informado y como corresponsable de la atención de su hijo y de la autorización recibida.

En casos de urgencias vitales o de pacientes en estados de conciencia que le impidan tomar decisiones, el médico actuará ceñido a los principios éticos de beneficencia, procurando la mejor y más oportuna atención del enfermo y documentará las razones por las cuales procedió obviando la autorización habitual exigida para la intervención de los pacientes institucionales.

Para que el formato de consentimiento informado tenga plena validez jurídica y probatoria debe ser diligenciado antes del procedimiento (preferiblemente en la consulta de planificación de la intervención), cuando el paciente tenga la posibilidad de reflexionar sobre la información que se le entrega y evaluar si se somete o no al procedimiento sugerido, sin tachaduras, enmendaduras ni dejar espacios en blanco y deberá entregarse para su integración a la Historia Clínica.

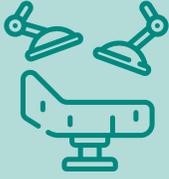
En toda intervención quirúrgica, de conformidad con los protocolos universales de calidad y seguridad, se deben identificar de manera precisa los pacientes y verificar con él o ella, antes de su sedación o anestesia, el tipo de procedimiento que se ha planificado, su nombre e identificación completos, la de su médico tratante, se hará la marcación completa y correcta del sitio operatorio, se indicarán las alergias y susceptibilidades, el tipo de sangre, se diligenciarán las listas de chequeo y se harán las correspondientes paradas de seguridad y, en general, se utilizarán todas las herramientas y recursos que garanticen un mínimo de eventos relacionados con errores prevenibles en los quirófanos.



## **La marcación del paciente es una responsabilidad indelegable del médico tratante siguiendo las siguientes recomendaciones:**

- » La marcación se hace con el paciente despierto. En caso de ser menor de edad, con algún déficit motor, neurológico, limitación del habla o de la audición, o con barreras de idioma, la marcación se hará en presencia de un tercero responsable – acompañante, intérprete, padre, pareja, etc.
- » Se debe hacer con un marcador indeleble, con un color que se destaque sobre las diferentes tonalidades de piel, y en forma clara y de tamaño suficiente, de manera que no haya lugar a dudas o equivocaciones.
- » El sitio operatorio se marca con las iniciales del primer nombre y del primer apellido del paciente en o alrededor del sitio operatorio.
- » No se marca ningún sitio que no se vaya a operar ni se utiliza la “X” para la marcación.

Las condiciones de seguridad del paciente se garantizan a través de la realización de pausas quirúrgicas y con cada paciente el equipo diligencia una lista de chequeo de cirugía segura en los siguientes momentos: (i) antes de la inducción, (ii) antes de la incisión, y por último, (iii) antes de salir con el paciente de la sala.



# Política de Cirugía Segura

La Institución define un cuidado anestésico continuo y se garantiza una monitoría permanente de ventilación, circulación, oxigenación y temperatura en el paciente. El equipo quirúrgico utiliza métodos para prevenir daños causados por la administración de anestésicos, al mismo tiempo que protege al paciente del dolor.

Al paciente que va a ser intervenido se le realiza una evaluación objetiva de la vía aérea antes de la anestesia y se define un plan de manejo para evaluar el riesgo de broncoaspiración y de vía aérea difícil. El equipo reconoce y se prepara eficazmente para reaccionar ante la pérdida de la función respiratoria y del acceso a la vía aérea, eventos potencialmente letales. Se registra en el récord anestésico cualquier evento de seguridad relacionado.

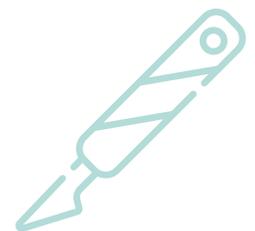
La Institución garantiza la disponibilidad de productos sanguíneos en caso de ser necesarios y el equipo está en capacidad de reconocer y reaccionar oportunamente frente a pérdidas considerables de sangre. Durante el procedimiento se mantiene un control estricto de las pérdidas que se registran en el record anestésico y el equipo actúa en consecuencia a las pérdidas estimadas de sangre y su impacto fisiológico en el paciente.

El equipo adopta todas las medidas de seguridad tendientes a evitar que se produzcan reacciones alérgicas o eventos adversos relacionados con medicamentos. Antes de administrar cualquier medicamento, se identifica correctamente el paciente, se revisan los antecedentes alérgicos y se marcan y aseguran los medicamentos que se le van a administrar.

**Los excedentes o sobrantes de medicamentos se desechan.**

## **El equipo utiliza sistemática y consistentemente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección del sitio quirúrgico:**

- » Se garantizan todos los procesos de limpieza y desinfección en salas y se verifica la disponibilidad del quirófano previo a la programación o realización del procedimiento de urgencia.
- » Todos los elementos que van a ser utilizados son verificados antes del procedimiento, garantizando que estén completos y estériles.
- » Se realiza profilaxis antibiótica en toda cirugía limpia contaminada y en algunas cirugías limpias. Los antibióticos elegidos son administrados dentro de los sesenta (60) minutos antes de la incisión. El equipo debe confirmar, antes de iniciar el procedimiento quirúrgico, que la profilaxis antibiótica fue administrada y el tiempo transcurrido. En toda cirugía mayor a tres (3) horas o con pérdidas considerables de sangre (1.5 litros o más) se administra una dosis de refuerzo antibiótico.
- » La piel de todo paciente debe ser preparada con solución antiséptica apropiada.
- » El equipo se adhiere a la técnica de lavado de manos quirúrgico y al uso correcto de elementos de protección personal.
- » La Institución vigila activamente la adherencia a las medidas de prevención y control infecciones. Los cirujanos tratantes reportan las infecciones de sitio operatorio.





# Política de Cirugía Segura

El equipo previene el abandono inadvertido de instrumentos, compresas, gasas, torundas o cualquier otro material o elemento en las cavidades operatorias. Siempre se realiza un recuento del material ingresado a la sala y se compara con el desechado y además se hace una verificación manual de la cavidad intervenida. Si el conteo no es exacto o existe alguna duda sobre las cantidades utilizadas, antes del cierre y culminación del procedimiento se hará una verificación radiológica que permita al cirujano despejar objetivamente la duda y así deberá consignarlo.

Los paquetes estériles que ingresan a salas de cirugía se verifican y si las cantidades del paquete no coinciden con la información que se identifica en el empaque, deben ser devueltas a la central de esterilización a efectos de responsabilizarlos del error y evitar la cadena insegura que originan las cifras incorrectas al inicio.

**En salas de cirugía no se usarán materiales, insumos, equipos, instrumental ni medicamentos que no cuenten con el aval previo del comité de farmacia y del comité de tecno vigilancia o quien haga sus veces.**

El equipo identificará correctamente todos los especímenes quirúrgicos y garantizará su embalaje correcto y su entrega a patología para su estudio. Todo espécimen debe ser marcado con la identificación del paciente, cumpliendo la política de identificación adoptada en la institución, debe estar debidamente rotulado con el nombre de la pieza o material recolectado, la localización de donde fue obtenido (sitio y lado). Entre dos miembros del equipo de salud se debe confirmar la marcación correcta del material destinado a estudio anatomopatológico, su embalaje, conservación y entrega segura.

El equipo debe mantener una comunicación efectiva durante todas las fases del acto quirúrgico. Antes de la primera incisión de piel el cirujano debe garantizar que el equipo este concentrado y consciente de los pasos críticos del procedimiento quirúrgico que se va a realizar, del riesgo de pérdida sanguínea, de la adecuada ubicación del paciente y el uso de equipos que preserven la indemnidad de la piel y eviten lesiones por presión, de la necesidad de tener disponible equipos especiales (instrumental, implementos, imágenes intraoperatorias, biopsias por congelación) o de cualquier desviación de la práctica habitual.

La instrumentadora, enfermera o cirujano deben comunicarse efectivamente cualquier preocupación crítica de seguridad o la falta o daño de cualquier equipo médico.

El anestesiólogo informara al equipo cualquier dificultad para reanimar al paciente después de una pérdida sanguínea.

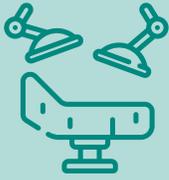
Se verificará la disponibilidad del equipo de radiología, previo al inicio de la cirugía, para casos en que se requieran imágenes radiológicas transoperatorias y para eventos de verificación de materiales e insumos.

Se mantendrá un ambiente silencioso, concentrado y respetuoso con el paciente, garantizando su derecho al pudor y la preservación de su intimidad.

Antes que el paciente sea retirado de la sala, el cirujano informará a los miembros del equipo: (i) cualquier alteración ocurrida durante la cirugía, (ii) cualquier problema anticipado para el posoperatorio, (iii) el plan de manejo en el posoperatorio - manejo de dolor, antibiótico, profilaxis tromboembólica, vía oral, cuidado de heridas y drenes.

El anestesiólogo resumirá la condición clínica del paciente y cualquier instrucción adicional.

**Todo acto quirúrgico se documentará en la Historia Clínica:** i) se hará una descripción quirúrgica detallada y completa; ii) se hará una nota operatoria; iii) se definirá y comunicará el plan de manejo postoperatorio para integración de las diferentes áreas donde se tenga que hacer seguimiento a la evolución de un paciente intervenido quirúrgicamente.



# Política de Cirugía Segura

El registro quirúrgico del paciente deberá ser claro, objetivo, oportuno y completo y es una responsabilidad indelegable del médico tratante.

El cirujano luego del procedimiento informará a la familia o responsables autorizados del paciente sobre los resultados del mismo, el tiempo estimado en recuperación y el plan de manejo posterior.

La Institución cuenta con una vigilancia permanente de su capacidad instalada, volumen y resultados quirúrgicos, los cuales son gestionados de manera oportuna y segura.

**Todo procedimiento quirúrgico realizado en la infraestructura propia, Clínica del Country o sedes, debe cumplir con los procesos, procedimientos y documentos estipulados en la Política de Anestesia y Sedación.**

## Definiciones Relacionadas

» **Procedimiento quirúrgico/ invasivo:** un procedimiento que implica la punción o incisión de la piel o la inserción de un instrumento o material extraño en el cuerpo.

» **Evaluación preoperatoria:** Una evaluación de riesgos clínicos y de la salud de un paciente para determinar si es seguro someterlo a un procedimiento de anestesia y cirugía.

» **Plan de atención:** un plan que identifica las necesidades de atención de un paciente, enumera la estrategia para satisfacer esas necesidades, documenta las metas y los objetivos del tratamiento, describe los criterios de finalización de las intervenciones y documenta el avance de la persona en el logro de las metas y los objetivos especificados. Se basa en la información obtenida durante la evaluación del paciente.

» **Consentimiento informado:** es el proceso de informar a un paciente sobre un procedimiento o tratamiento para que el paciente pueda tomar una decisión voluntaria e informada de aceptar o rechazar dicho procedimiento o tratamiento. El paciente debe ser completamente informado y entender la información que se le ha proporcionado antes de otorgar el consentimiento. Los elementos de un consentimiento informado incluyen, pero no se limitan a, información sobre el procedimiento/tratamiento propuesto, potenciales bene-

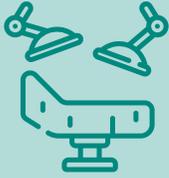
ficios y riesgos, y posibles alternativas al procedimiento/tratamiento.

» **Pausa pre quirúrgica (time-out):** una pausa, justo antes de realizar un procedimiento quirúrgico o de otro tipo, durante el cual todo el equipo quirúrgico o del procedimiento resuelve las preguntas que quedaron sin responder o dudas sobre el paciente, el procedimiento o el sitio. Aunque solo haya una persona realizando el procedimiento, es adecuado realizar una pausa breve para confirmar que es el paciente correcto y que el procedimiento y el sitio son apropiados.

» **Cultura de seguridad:** también conocida como cultura segura, es un entorno colaborativo en el que los clínicos cualificados se tratan unos a otros con respeto, los líderes dirigen un trabajo en equipo efectivo y promueven la seguridad psicológica, los equipos aprenden de los errores y de los incidentes que no llegaron al paciente, los que proporcionan cuidados son conscientes de las limitaciones inherentes del desempeño humano en sistemas complejos (reconocimiento del estrés), y existe un proceso de aprendizaje y orientación hacia la mejora visibles a través de sesiones de análisis (debriefings).

» **Desinfección:** es un proceso que elimina muchos o todos los organismos patógenos, excepto las esporas bacterianas, en los objetos inanimados, generalmente utilizando productos químicos líquidos o pasterización húmeda.





# Política de Cirugía Segura

» **Dispositivo médico:** un instrumento, aparato o máquina que se utiliza en la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección, o para detectar, medir, restaurar, corregir o modificar la estructura o función del cuerpo por objetivos de salud. Normalmente el objetivo de un dispositivo médico no se consigue por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos.

» **Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS):** Cualquier infección(es) adquirida por una persona mientras recibe atención o servicios en una organización sanitaria. Son IAAS comunes las infecciones urinarias, las infecciones de herida quirúrgica, la neumonía y las infecciones del torrente sanguíneo.

## Documentos Relacionados

- » Lista de chequeo cirugía segura
- » Procedimiento para la realización de la pausa de seguridad quirúrgica

## Metas e indicadores para su seguimiento

- » Adherencia a lista de verificación de cirugía segura
- » Tasa de Infección de sitio operatorio
- » Procedimientos quirúrgicos en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimiento erróneo e implante equivocado
- » Proporción de pacientes que reciben antibiótico profiláctico una hora antes de la incisión
- » Proporción de pacientes que inician profilaxis antiembólica farmacológica según riesgo Escala Caprini





# Política de Cirugía Segura

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> Marixa Guerrero	<b>Nombre:</b> Mauricio Basto Efraín Leal Marco Duque Juan Camilo Ospina Marixa Guerrero Miembros Comité de Mejoramiento y Ética Clínica	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera
<b>Cargo:</b> Jefe de Quirófanos	<b>Cargo:</b> Jefes de Especialidades Jefe de Quirófanos Comité de Mejoramiento y Ética Clínica	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente General Gerente Médico
<b>Fecha:</b> 11/05/2020	<b>Fecha:</b> 24/11/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





Clínica  
del  
Country



Clínica  
La Colina



**Política de Prevención, Vigilancia  
y Control de Infecciones Asociadas  
a la Atención en Salud**



# Política de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

## Propósito

La Política de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud de las Clínicas y sus Sedes define estrategias centradas en el paciente, que tienen como meta detectar, prevenir y reducir los riesgos de infección de los pacientes, familiares y colaboradores durante todo el ciclo de atención, en un entorno de confianza, seguridad y mejoramiento continuo.

## Alcance

Esta Política va dirigida a todos los colaboradores de las Clínicas y sus Sedes, incluye a todo el personal asistencial, administrativo, de apoyo y terceros que intervienen de forma directa o indirecta en el ciclo de atención del paciente y su familia desde el momento de ingreso a la Institución hasta su egreso y, durante su seguimiento ambulatorio en los casos que aplique.

## Lineamientos

La Institución y sus directivas están comprometidas con la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud e impulsan la gestión de las estrategias definidas para el desarrollo de cada uno de sus componentes en la atención segura de los pacientes.

La prevención y el control de infecciones en la Institución se constituye en la quinta (V) meta de seguridad dentro del marco de la Política de Seguridad del Paciente. Se rige por las orientaciones emitidas por el **Comité de Vigilancia Epidemiológica** como la máxima instancia en las Clínicas para la aprobación de lineamientos que permitan gestionar los riesgos de infecciones en la Institución y orientar la toma de decisiones en materia prevención y control de infecciones.

La prevención y el control de las infecciones intrahospitalarias, se planifica, organiza, dirige y controla a través de actividades colectivas desarrolladas por los miembros del comité y jefes de los servicios o departamentos vinculados con la atención segura de los pacientes.

Todo miembro de la Institución debe ejercer, con su liderazgo y trabajo en equipo, las acciones orientadas al cumplimiento de los objetivos propuestos en la prevención y control de infecciones durante la atención al paciente y su familia.

La estrategia definida por la organización es un aprendizaje continuo a través de la recolección de información, análisis y educación permanente a todos los miembros, proveedores, terceros, así como a pacientes y familiares.

**Para contribuir a mejorar la calidad de la atención hospitalaria y la eficiencia en la prestación de los servicios, la Institución ha definido un programa para la prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias que impulsa cuatro componentes:** (i) higiene de manos, (ii) limpieza y desinfección (iii) ambiente seguro, y (iv) uso prudente de antimicrobianos.





# Política de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

## Para ello, la Institución impulsa las siguientes estrategias:

- » Fomento de una cultura institucional alrededor de una experiencia limpia y segura, para ello, la Institución adopta la Estrategia Multimodal de la Organización Mundial de la Salud-OMS con el fin de mejorar la higiene de manos en los colaboradores.
- » Cumplimiento estricto de los procesos de limpieza y desinfección para la mitigación de riesgos de infección durante la atención de los pacientes.
- » Establecimiento de ambiente seguro en las Clínicas y sus Sedes, mediante la articulación de acciones entre los planes de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Saneamiento Ambiental y Gestión de Riesgo de Infecciones durante actividades de construcción o reparación de áreas hospitalarias. De igual forma se la Institución cuenta con una estrategia para mantener el ambiente adecuado para individuos mediante la implementación de recomendaciones de aislamiento.
- » Desarrollo de una estrategia colectiva con las áreas clínicas para el fomento del uso prudente de antimicrobianos, de acuerdo con la epidemiología local, permitiendo orientar estrategias de prevención y control de infecciones en las Clínicas.

**La Institución fortalece las acciones de Vigilancia en Salud Pública e Infecciones Asociadas a la Atención en Salud para el cumplimiento de la reglamentación vigente,** apoyada en la elaboración de normas y procedimientos para la prevención de las infecciones intrahospitalarias, sobre la base de las indicaciones internacionales y nacionales, ajustadas a las condiciones institucionales.

La Institución define y realiza seguimiento a paquetes de medidas de prevención para reducir el riesgo de infecciones asociadas al uso de dispositivos médicos.

La Institución fortalece los servicios de apoyo en la atención médica (Laboratorio clínico, central de esterilización, farmacia, servicios generales, mantenimiento, lavandería, alimentos) para la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

El plan de optimización de uso de antimicrobianos prioriza temas para la investigación en Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Resistencia Antimicrobiana.

La Institución gestiona y realiza las acciones de seguimiento a posibles brotes epidémicos ya sean externos o internos. Se fomenta la articulación con la Política de Seguridad Industrial y Seguridad en el trabajo para disminuir el riesgo de Infecciones ocupacionales.





# Política de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

## Definiciones Relacionadas

» **Microorganismo:** es el agente biológico capaz de generar una colonización o infección en un hospedero. Se consideran microorganismos las bacterias, los virus, hongos, parásitos o priones, siendo los tres primeros los más frecuentes causantes de IAAS

» **Bioseguridad:** es el conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto minimizar el factor de riesgo que pueda llegar a afectar la salud humana y el ambiente. Prevención: medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

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

» **Infección Asociada a la Atención en Salud-IAAS:** son aquellas adquiridas en una institución prestadora de servicios de salud, diagnosticadas a través de manifestaciones clínicas y/o confirmación microbiológica en el marco de las definiciones establecidas por el ente de control Nacional.

» **Resistencia Bacteriana:** La resistencia a los antimicrobianos (o farmacorresistencia) se produce cuando los microorganismos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos, sufren cambios que hacen que los medicamentos utilizados para curar las infecciones dejen de ser eficaces. Los microorganismos resistentes a la mayoría de los antimicrobianos se conocen como multirresistentes.

» **Vigilancia Epidemiológica:** es un proceso regular y continuo de observación e investigación de las principales características y componentes de la morbilidad, la mortalidad y de otros eventos en salud en una comunidad, basado en la recolección, el procesamiento, el análisis, la evaluación y la divulgación de la información epidemiológica.

## Documentos Relacionados

- » Política de Seguridad del Paciente (**SEG-POL-00**).
- » Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (**VEP-PRG-02**).
- » Plan de implementación Programa Optimización de Antimicrobianos (**VEP-PRG-01**).
- » Manual de Bioseguridad (**SST-MAN-06**)
- » Procedimiento de implementación y finalización de medidas de aislamiento (**VEP-PRC-01**).

## Metas e Indicadores para su Seguimiento

- » Tasa global mortalidad de infecciones asociadas a la atención en salud.
- » Tasa de infecciones asociadas al uso de dispositivos médicos.
- » Porcentaje de cumplimiento a precauciones de aislamiento.
- » Porcentaje de adherencia a la higiene de manos.





# Política de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> Karen Aponte, Leidy Gamba, Patricia Ortiz, Diego García	<b>Nombre:</b> Yazmín Rodríguez María Lucía Grueso A.	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera
<b>Cargo:</b> Grupo de Epidemiología y Grupo de Seguridad del Paciente	<b>Cargo:</b> Jefe de Infectología Jefe de Calidad	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente General Gerente Médico
<b>Fecha:</b> 20/04/2020	<b>Fecha:</b> 21/11/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021



# Política Prevención de Caídas



# Política Prevención de Caídas

## Propósito

La política de reducción del riesgo de daño por caídas al paciente, familia y visitantes que ingresan a las Clínicas y sus Sedes, establece los lineamientos, herramientas, procesos y prácticas para evaluar los potenciales riesgos de caída e implementar medidas e intervenciones necesarias para la gestión de los mismos.

## Alcance

Esta política está dirigida a todos los procesos instituciones asistenciales tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario, así como en los procesos administrativos derivados de la atención; incluye al personal asistencial, administrativo, de apoyo y terceros que hacen parte del ciclo de atención de pacientes, familia y visitantes.

## Lineamientos

La Institución y sus directivas están comprometidas con la gestión del riesgo de daño por caídas en el paciente, familiar y visitante que ingresan a las Clínicas y sus Sedes e impulsan el diseño e implementación de las estrategias e intervenciones necesarias para la mitigación de este riesgo.

**La reducción del riesgo de daño al paciente, familiar y visitante causado por caídas se constituye en la sexta (VI) meta de seguridad dentro del marco de la Política de Seguridad del Paciente.**

Esta meta se rige a partir de las orientaciones emitidas por el **Comité de Seguridad del Paciente**, en lo referente a lineamientos para gestionar los riesgos de daño por caídas en la Institución.

Todo el personal médico, de enfermería y administrativo ejerce con su liderazgo y trabajo en equipo, la implementación estricta de intervenciones definidas para reducir el riesgo de daño por caídas en los pacientes, familias y visitantes.

La Institución implementa un proceso para evaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes adultos y pediátricos que ingresen a la institución. Se utilizan métodos y escalas definidas en el ámbito hospitalario y ambulatorio, a través de protocolos de obligatorio cumplimiento, que establecen el tipo de riesgo de caída en el paciente y definen acciones específicas para reducir el riesgo o modificar su probabilidad o consecuencias.

En consecuencia, el plan de cuidado de enfermería se formula atendiendo todas y cada una de las necesidades y riesgos identificados en el paciente y así lo reflejan los registros clínicos; la educación al paciente y su acompañante son parte esencial del proceso.

Se promueve un entorno seguro en los pacientes hospitalizados; el timbre, celular, control de la televisión, agua, bastón y caminadores estarán permanentemente al alcance del paciente; se solicitará al paciente ropa cómoda, zapatos antideslizantes, preferiblemente cerrados durante su estancia en las Clínicas.





## Política Prevención de Caídas

Siempre que el paciente se encuentre en una cama o cuna, éstas estarán al mínimo de nivel de altura con el freno activado y permanecerán siempre con todas las barandas arriba. Todos los desplazamientos del paciente serán informados y asistidos por personal de enfermería, especialmente la compañía al paciente para ir al baño. Prevalecen las condiciones de ambiente seguro, higiene, orden y limpieza en la habitación del paciente.

**En el paciente con riesgo medio y alto de daño por caída, se exigirá siempre un acompañamiento permanente y en lo posible será ubicado cerca de la central de enfermería.**

Por cambios en la condición clínica del paciente hospitalizado por procedimientos diagnósticos o terapéuticos o por complicaciones que hayan producido cambios en el estado de su salud, la Institución cuenta con un proceso de reevaluación del riesgo de daño por caída. Dependiendo del resultado de esta reevaluación, se implementan las medidas necesarias para intervenir el riesgo detectado en el paciente.

Entendiendo que los pacientes y visitantes ambulatorios pueden tener necesidades físicas específicas para caminar – menores de **cinco (5) años, mayores de sesenta y cinco (65) años**, personas con dispositivos de ayuda para la deambulaci3n (bastones, caminadores, muletas), personas con limitaci3n de visi3n- éstos se identificarán como personas con alto riesgo de caída y se les ofrecerá educaci3n y asistencia durante su recorrido por las áreas de las Clínicas y sus Sedes.

La Instituci3n utiliza dispositivos para la identificaci3n de riesgo de caídas; para el ámbito hospitalario se realiza identificaci3n de pacientes de medio y alto riesgo con sticker amarillo el cual se deberá ubicar en la manilla de identificaci3n del paciente sin cubrir los datos de identificaci3n del paciente, en los pacientes ambulatorios con alto riesgo de daño por caída, se identifican con sticker de color amarillo que se ubica en la solapa del paciente, el cual porta en todo momento. Todo el personal de las Clínicas deberá ser consecuente con las alertas de color amarillo y en consecuencia actuar acorde a los protocolos definidos.

Ante la ocurrencia de una caída en las Clínicas o las Sedes, la Instituci3n brinda atenci3n inmediata al paciente de acuerdo su condici3n y posible daño. Se efectúa valoraci3n cefalocaudal, se informa a médico tratante, quien valora al paciente y define conducta médica. Enfermería hace revaloraci3n de la escala de riesgo y se toman las medidas necesarias de acuerdo al protocolo institucional. Se registra el incidente en la historia clínica y se reporta al sistema de notificaci3n de indicios de atenci3n insegura de Seguridad del Paciente.

Se debe efectuar análisis del evento, se identifican posibles insuficiencias y se formulan actividades de mejora, el área de Calidad y Seguridad del Paciente realiza seguimiento al cumplimiento de estas.

En las Clínicas y sus Sedes la comunicaci3n del aprendizaje, producto de la investigaci3n de los eventos de caída, es rutinaria e incluyente. Se tiene en cuenta para el ajuste de los lineamientos, herramientas, procesos y prácticas para evaluar los potenciales riesgos de caída.





# Política Prevención de Caídas

## Definiciones Relacionadas

» **Riesgo de caída:** Se define como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico en los pacientes. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

» **Caída:** La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

» **Indicio de atención insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso. (Ministerio de Protección Social, 2008)

» **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Ministerio de Protección Social, 2008)

» **Acompañante idóneo:** Es aquella persona que reúne las condiciones necesarias (edad, estado mental, condición física, estado de salud, etc.) para estar con el paciente durante la hospitalización, con el objetivo de observar e identificar las necesidades del paciente y ser el canal de comunicación con el equipo de salud. (Ministerio de Protección Social, 2008)

» **Hipotensión Ortostática:** Se define como una reducción de presión arterial dentro de los tres minutos después de haber asumido la posición erecta o de pie después de haber estado en posición supina o acostado. (Ministerio de Protección Social, 2008)

» **Caída con lesión:** Situación en la cual un individuo se precipita al suelo y le genera una lesión física y/o psicosocial. El grado de la lesión se clasifica de acuerdo a la intervención requerida para su manejo:

o **Menor:** requiere manejo tópico como es la aplicación de hielo, un vendaje, la limpieza de una

herida superficial, elevación de la extremidad o el uso de una medicación tópica.

o **Moderado:** requiere de una sutura, inmovilización de una extremidad o lesiones musculares de gran extensión

o **Mayor:** lesión que compromete la parte neurológica que requiere intervenciones adicionales, una intervención quirúrgica, fractura o requiere tracción.

o **Muerte:** fallecimiento del paciente en consecuencia de las lesiones relacionadas con la caída. Este tipo de evento se considera un evento centinela.

» **Factor de riesgo de caídas:** Son todas aquellas condiciones, elementos y/o circunstancia que aumenta la probabilidad de sufrir una caída. Se dividen en factores del entorno y del paciente.

## Documentos Relacionados

» Política de Seguridad del Paciente.

» Protocolo de prevención de caídas.

» Protocolo de prevención de caídas en paciente ambulatorio.

» Formato de constancia de información recibida en prevención de caídas paciente adulto.

» Formato de constancia de información recibida en prevención de caídas paciente pediatría. MIS-

» Formato de constancia de recepción de información frente al riesgo y la prevención de caídas en áreas ambulatorias.

## Metas e indicadores para su seguimiento

» Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización, urgencias, consulta externa y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

» Tasa de caída de pacientes con daño.





# Política Prevención de Caídas

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> Grupo de Seguridad del Paciente	<b>Nombre:</b> Ana Zakzuk María Lucía Grueso A.	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera López
<b>Cargo:</b> Grupo de Seguridad del Paciente	<b>Cargo:</b> Jefe Jurídica Jefe de Calidad	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente General Gerente Médico
<b>Fecha:</b> 30/06/2020	<b>Fecha:</b> 8/08/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





# Política Prevención de Lesiones de Piel



# Política Prevención de Lesiones de Piel

## Propósito

La Política para la Prevención de Lesiones de Piel en las Clínicas y sus sedes, en coherencia con la Política de Seguridad del Paciente, establece los lineamientos, procesos y prácticas que buscan asegurar la prevención, cuidado y tratamiento de las lesiones de piel asociadas a la dependencia del cuidado y a factores tales como humedad, adhesivos y presión que pueden estar presentes durante la atención de los pacientes.

## Alcance

La **Política de Piel Sana** está dirigida a todos los colaboradores de las Clínicas y sedes, incluye a todo el personal asistencial (médicos, enfermeras y terapeutas), administrativo, de apoyo y terceros que hace parte del ciclo de atención de pacientes y familias.

## Lineamientos

La Institución y sus directivas están comprometidas con la prevención de lesiones de piel en los pacientes y en consecuencia de ello impulsan las acciones de detección, prevención, cuidado y tratamiento requerido en la piel de los pacientes.

**La prevención de lesiones de piel se constituye en la séptima (VII) meta de seguridad** dentro del marco de la Política de Seguridad del Paciente. Se rige por las orientaciones emitidas por el Comité de Seguridad del Paciente como la máxima instancia en las Clínicas para la aprobación de lineamientos que permitan gestionar los riesgos de lesiones de piel y orientar la toma de decisiones en materia prevención y cuidado de la piel de los pacientes.

El equipo de salud ejerce un trabajo coordinado en equipo para la prevención de lesiones de piel en el paciente durante su atención, y cumple a cabalidad las disposiciones del Programa de Piel Sana definido en la institución. Existe un grupo multidisciplinario que incluye además de enfermería, el grupo de Soporte Nutricional, Terapia Física, los médicos especialistas en cirugía general y cirugía plástica, entre otros.

La Institución implementa el Programa de Piel Sana, con enfoque en gestión del riesgo, en donde se identifica oportunamente en el paciente el riesgo para presentar lesiones en piel a través de la **valoración de las escalas:** Braden, Braden Q y para el paciente neonatal la escala Neonatal Skin Risk Assessment Scale -NRSAS, las cuales son registradas en la Historia Clínica.

El plan de cuidado de los pacientes se define a partir del resultado de la valoración de las escalas, es personalizado y cuenta con identificación de factores de riesgo. A su vez contempla las expectativas de cada paciente y cuidador, a quienes se involucra activamente en el cuidado a través del proceso de educación.

Todas las lesiones de piel son reportadas al Sistema de reporte de Seguridad del Paciente como indicios de atención insegura, su identificación y análisis deriva en la optimización del proceso de atención.

La transparencia en la gestión de las acciones de mejoramiento establecidas para las lesiones de piel enmarca la cultura institucional para la séptima meta de seguridad del paciente.

Los grupos de Enfermería y Terapia de las Clínicas tienen la responsabilidad de formarse y educar al paciente y cuidado en temas de prevención y tratamiento de lesiones de piel.





# Política Prevención de Lesiones de Piel

## Definiciones Relacionadas

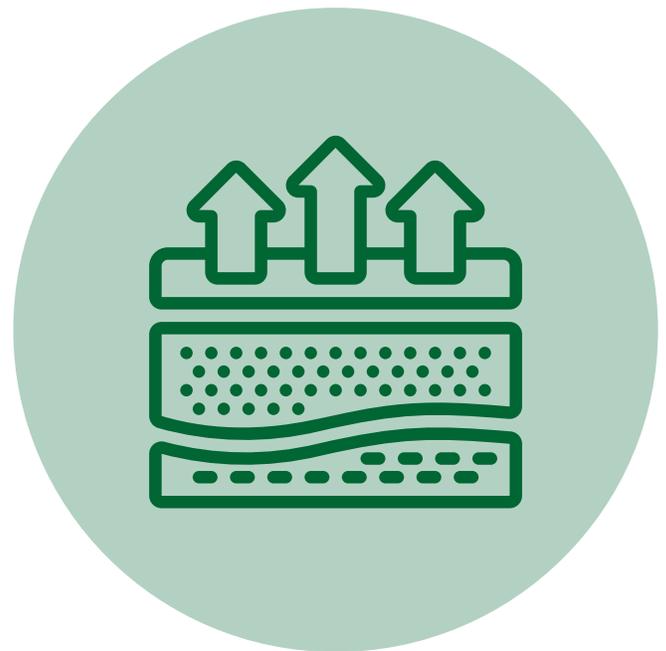
- » **Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.<sup>1</sup>
- » **Lesiones por presión:** es la lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene, como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos.<sup>2</sup>
- » **Lesiones por presión asociadas a dispositivos clínicos (LESADIC):** son lesiones localizadas en la piel que se presenta como una inflamación y/o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada a diversas fuentes de presión con potencial irritativo para la piel.
- » **Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LES-CAH):** es una inflamación y/o erosión de la piel causada por la exposición prolongada/excesiva a la humedad, incluyendo orina, heces líquidas o exudado de las heridas, sudor, los efluentes de las ostomías y fistulas.
- » **Lesiones asociadas al retiro de adhesivos (MARSI):** es una lesión de la piel, relacionado con adhesivos de uso sanitario. Estos eventos adversos se presentan en forma de eritema u otras manifestaciones de anormalidad cutánea que persiste por 30 minutos o más después de retirar el adhesivo.

## Documentos Relacionados

- » Política de Seguridad del Paciente
- » Programa de Piel Sana
- » Generalidades manejo heridas
- » Procedimiento para el baño de paciente

## Metas e indicadores para su seguimiento

- » Tasa de lesiones de piel
- » Tasa de úlceras por presión
- » Cobertura de capacitación en programa de piel sana



<sup>1</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, prevención úlceras por presión

<sup>2</sup> Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas Crónicas (GNEAUPP)



# Política Prevención de Lesiones de Piel

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> Patricia Ortiz y miembros del grupo de piel sana	<b>Nombre:</b> María Lucía Grueso A.	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera
<b>Cargo:</b> Enfermera de Seguridad del Paciente Grupo de piel sana	<b>Cargo:</b> Jefe de Calidad	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente Médico Gerente General
<b>Fecha:</b> 30 /06/ 2020	<b>Fecha:</b> 26/08/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





# Política de Eventos Centinela



# Política De Eventos Centinela

## Propósito

La política de eventos centinela en las clínicas y sus sedes establece los criterios para definir un evento como centinela y su abordaje. Define el proceso de detección, investigación, análisis y seguimiento, así como la construcción de acciones correctivas, para lograr una mejora efectiva y sostenible que reduzca el riesgo de repetición y prevenga daños futuros.

## Alcance

La presente política está dirigida a todo el personal asistencial, administrativo y terceros involucrados directa o indirectamente en la atención del paciente con un probable evento centinela.

## Lineamientos

La institución y sus directivas están comprometidas con la seguridad del paciente, por lo que en el marco de la Política y Programa de Seguridad del Paciente, reconocen los eventos centinela como una situación de riesgo crítico y definen la prioridad para su tratamiento.

**El evento centinela se considera un evento no previsto, no relacionado con el curso natural de la enfermedad del paciente o sus condiciones de base, que afecta al paciente y produce una de las siguientes consecuencias:**

1. Muerte
2. Daño permanente
3. Daño temporal severo

La institución reconoce como eventos centinela las situaciones definidas por el marco regulatorio colombiano vigente y las presentadas por la Joint Commission International. A continuación, se listan algunos de los eventos que deben ser considerados centinela, siempre que cumplan con cualquiera de las tres (3) consecuencias, antes descritas:

1. El suicidio de un paciente durante su atención en cualquier servicio de las Clínicas o dentro de las 72 horas después de su egreso hospitalario o de urgencias.
2. Muerte inesperada de un recién nacido a término.
3. Entrega de un recién nacido a la familia equivocada.
4. Secuestro de un paciente que recibe atención o cualquier servicio.
5. Fuga de un paciente (sin alta autorizada) que concluye en la muerte, daño permanente o temporal severo.
6. Abuso sexual, violación u homicidio de cualquier paciente durante su atención.
7. Abuso sexual, violación u homicidio de un miembro del personal o profesional de la salud, personal en formación, visitantes o un proveedor en las instalaciones de las clínicas.
8. Cirugía o procedimiento invasivo realizado en el sitio equivocado, paciente equivocado o procedimiento incorrecto para el paciente.





# Política De Eventos Centinela

9. Oblito: olvido no intencionado de un objeto en el paciente después de un procedimiento invasivo o una intervención quirúrgica
10. Hiperbilirrubinemia neonatal severa (Bilirrubina > 30 mg por decilitro)
11. Exposición prolongada a fluoroscopio con dosis acumuladas mayores a 1500 rads en un solo disparo.
12. Radioterapia equivocada en cualquier parte del cuerpo del paciente con una dosis mayor al 25% de la dosis planeada
13. Fuego, calor o humo inadvertido ocasionado por la operación de un equipo durante la atención, que afecte al paciente.
14. Muerte materna intraparto (relacionada con la atención del parto)
15. Morbilidad materna severa cuando esta afecta a la paciente y resulta en un daño permanente o un daño temporal severo.
16. Administración no intencionada de sangre o hemoderivados con incompatibilidad de grupo ABO, o No-ABO, reacciones hemolíticas transfusionales, daños temporales o permanentes severo, o muerte atribuida a la transfusión.

En caso de no tener certeza que el indicio de atención insegura es un evento centinela, según la lista anterior y los criterios de inclusión, el evento deberá ser reportado al **Programa de Seguridad del Paciente** para su revisión, investigación, análisis y determinar si es un evento centinela.

## Para la gestión del evento centinela la institución define tres fases de intervención:

1. Identificación, notificación y reporte.
2. Investigación y análisis del evento
3. Formulación de plan de intervención con acciones correctivas y seguimiento a su implementación.

## Identificación, notificación y reporte:

Cualquier integrante del equipo de salud que detecte la ocurrencia de una cualquiera de las situaciones descritas en esta política, tiene el deber de reportarla de manera inmediata al médico tratante, al líder del proceso y al programa de seguridad del paciente, para su análisis, seguimiento y definición del plan de atención y comunicación con la víctima afectada o sus familiares. En la historia clínica se relatara de manera precisa lo ocurrido, sus consecuencias y, si fuera el caso, el plan terapéutico planteado para abordar los efectos lesivos del evento, sin calificar el hecho como evento adverso o centinela.

La clasificación de evento centinela es producto del análisis interno que se realiza y forma parte del lenguaje del mejoramiento de la calidad y de los programas de seguridad del paciente.

El grupo de seguridad del paciente y calidad informa, dentro de las primeras 24 horas, la situación presentada a la Gerencia Médica.

Con el concurso de la Gerencia, Subgerencias Médicas y Calidad se conforma un equipo de respuesta para la atención del paciente que incluirá a los líderes de las áreas de ocurrencia del evento.



# Política De Eventos Centinela

Se identifican los riesgos derivados de la ocurrencia del evento, en el caso de riesgos reputacionales, la Gerencia médica procederá con la notificación a Banmédica y UnitedHealthcare Global

Se define el equipo que comunicará la situación al paciente y la familia, y dará acompañamiento y soporte al equipo de atención involucrado en el evento centinela.

## Investigación y análisis del evento:

La institución promueve la investigación y el análisis minucioso del evento centinela, como estrategia para la identificación de vulnerabilidades del sistema o acciones inseguras susceptibles de ser mitigadas o eliminadas. Busca la definición de acciones de tipo correctivo que aseguren la mejora efectiva y sostenida del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en el marco de sus componentes (Habilitación, Acreditación, Información para la Calidad y Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo).

El equipo de seguridad del paciente lidera la investigación basada en análisis sistemático para la identificación de causas y factores contributivos para el evento, posibles errores, fallas latentes o activas en los sistemas o en los controles. La metodología institucional establecida es el Protocolo de Londres, a partir del cual se revisa historia clínica y registros del paciente; se realizan entrevistas con el paciente, representante del paciente o su familia y con el equipo de salud.

Los análisis deben identificar claramente las relaciones causa efecto, evitando los términos negativos o vagos en su descripción, previendo que en caso de detectar errores humanos, estos estén precedidos por la identificación de una causa.

La investigación y análisis debe haberse surtido dentro de los **45 días** de ocurrencia del evento centinela.

## Formulación de plan de intervención con acciones correctivas y seguimiento a su implementación

El equipo definido para la investigación y análisis establece un plan de acción consistente con acciones correctivas inmediatas que se derivan de la identificación de las acciones inseguras o vulnerabilidades. Este plan de acción es avalado por la Gerencia Médica y/o su designado.

El plan de acción define acciones específicas para eliminar o controlar el riesgo o las vulnerabilidades directamente relacionadas con los factores causales y/o contributivos, e incluye responsables de su ejecución y establece el tiempo de implementación.

El equipo de seguridad del paciente definirá con el equipo de investigación y análisis, las estrategias de evaluación de la efectividad las acciones.

El equipo de seguridad del paciente realizará seguimiento a las estrategias implementadas para que la mejora sea sostenible y la mitigación de la ocurrencia de nuevos eventos.

La institución presentará un balance final al menos una vez al año del tipo y número de eventos centinela presentados





# Política De Eventos Centinela

## Definiciones Relacionadas

» **Daño temporal severo:** Situación crítica con riesgo potencial para la vida por un tiempo limitado sin daño residual permanente, que requiere traslado a un nivel de cuidado mayor, periodo de monitoreo prolongado, traslado a un nivel de cuidado mayor para el mantenimiento de las condiciones de vida, cirugía adicional, procedimiento o tratamiento para resolver su condición clínica.

» **Procedimiento invasivo:** Procedimiento en el cual la piel o las mucosas y/o el tejido conectivo son incididos o puncionados, un instrumento es insertado por un orificio natural, o un elemento externo es introducido en el cuerpo para fines diagnósticos o de tratamiento: inserción de líneas centrales, inserción de tubos de tórax, biopsias y escisiones, y todos los procedimientos percutáneos (cardiología, electrofisiología y radiología intervencionista), entre otros.

## Documentos Relacionados

- » Política de Seguridad del Paciente
  - » Programa de Seguridad del Paciente
  - » Procedimiento de análisis y seguimiento a incidentes, eventos adversos y fallas
  - » Política de identificación correcta de pacientes
  - » Política de comunicación efectiva
  - » Política de manejo seguro de medicamentos de alto riesgo
  - » Política de cirugía segura
  - » Política de Prevención, vigilancia y Control de Infecciones
  - » Política de prevención de caídas
  - » Política de prevención de lesiones de piel
  - » Política de prevención de eventos tromboembólicos
- Rondas de seguridad

## Metas e indicadores para su seguimiento

- » Número de eventos centinela
- » Proporción de cierre de planes de acción para eventos centinela



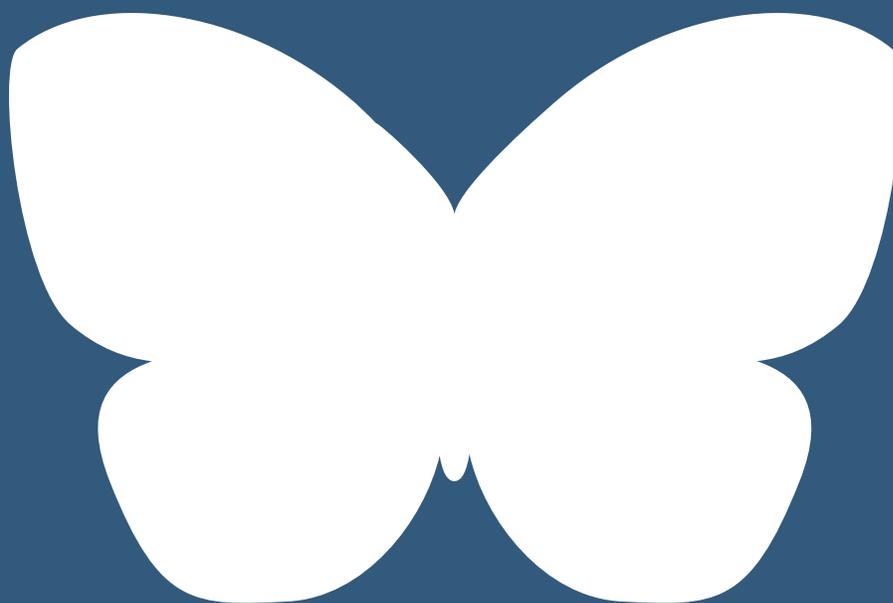


# Política De Eventos Centinela

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> Grupo de Seguridad del Paciente: Diego García, Patricia Ortiz, Camila Ochoa, Claudia Ruiz	<b>Nombre:</b> Miembros Comité de Mejoramiento y Ética Clínica	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera
<b>Cargo:</b> Grupo de Seguridad del Paciente Médica de Gestión Clínica	<b>Cargo:</b> Comité de Mejoramiento y Ética Clínica	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerencia General Gerencia Médica
<b>Fecha:</b> 31/07/2020	<b>Fecha:</b> 4/08/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





## **Política de Fin de Vida**



# Política de Fin de Vida

## Propósito

La Política de Fin de Vida determina los principios y reglas del proceso de identificación, valoración, cuidado y seguimiento de los pacientes que presentan una enfermedad avanzada e incurable y se encuentran en la última fase de su vida, para asegurar una atención confortable, respetuosa, compasiva, digna y respetuosa de sus preferencias y convicciones y las de su grupo familiar más cercano.

## Alcance

La presente política está dirigida a todo el personal asistencial y administrativo involucrado en la atención de los pacientes que se encuentran en la fase del final de su vida y las de sus familias, cuidando su atención desde el ingreso a nuestras instituciones hasta su egreso.

## Lineamientos

La institución está comprometida con el respeto, el cuidado, la comprensión y la atención integral y humanizada de los pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida, procurando brindar atenciones proporcionadas, razonables y ajustadas a las mejores prácticas clínicas y a sus preferencias, valores y creencias.

Es su compromiso valorar integralmente al paciente de manera que no se le sugieran ni impongan tratamientos, procedimientos o intervenciones innecesarias o fútiles. En todo caso entiende y respeta el derecho que tiene cada individuo de aceptar o rechazar recomendaciones médicas sin que ello afecte la calidad de su cuidado.

También se compromete a indagar sobre los valores, preferencias y creencias del paciente y su círculo familiar directo, procurando el mayor respeto y consideración de parte del personal institucional.

En la medida en que el paciente conserve su lucidez y competencias, siempre se tratará de consultar con él directamente sobre las mejores opciones de cuidado y se dejará constancia de las determinaciones adoptadas en su historia clínica. Si no es posible contar con la voluntad expresa del enfermo y no existe un documento que exprese en forma clara su voluntad final, el equipo médico promoverá -en consenso con su familiares más cercanos- adoptar las decisiones que más le convengan al enfermo, procurando siempre respetar los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad.

Entendiendo que las personas tienen además de necesidades físicas, necesidades emocionales, espirituales, religiosas y sociales, se promoverá -en cuanto ello sea posible- su apoyo integral y se ofrecerá asistencia en todos los ámbitos de su persona y soporte para su familia más cercana.

Por ello, el plan de cuidado y tratamiento se formulará atendiendo todas las necesidades conocidas del paciente y así lo reflejarán sus registros clínicos.

La institución cuenta con un Servicio de Ética Clínica, integrado por especialistas de diferentes disciplinas, orientado a facilitar la reflexión y resolución de los problemas bioéticos en la atención hospitalaria, mediante la modalidad de juntas médicas interdisciplinarias.





## Política de Fin de Vida

Los integrantes del Servicio de Ética Clínica no desplazan en sus responsabilidades y vínculo a los médicos tratantes, sino que son su apoyo y el de las familias del paciente, en caso de enfrentar situaciones difíciles o que impongan determinaciones que puedan suponer dilemas éticos.

Si el grupo tratante y la propia familia lo desean podrán acompañar la atención hasta su culminación.

En desarrollo de las garantías individuales, en especial el derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad, se aceptarán y respetarán las determinaciones expresadas por los pacientes en documentos que cumplan las prescripciones legales, sin generar barreras u obstáculos para su reconocimiento. En el mismo sentido se consignarán las decisiones médicas definidas o concertadas en torno a las maniobras de reanimación cardio cerebro pulmonar en el evento de sufrir un paro cardíaco y las decisiones de reorientación del esfuerzo terapéutico cuando se hayan agotado las opciones curativas disponibles.

**La institución promueve el acompañamiento al paciente y sus familias durante todo el proceso de atención,** incluido el momento de la muerte. Habrá acompañamiento por el equipo de Servicio al Paciente y una flexibilización de horarios, dirigido a la familia cercana del paciente que se encuentra en la fase final de la vida.

Se han diseñado estrategias de acompañamiento y manejo del duelo a las familias y cuidadores de pacientes en fase terminal para lo cual se cuenta con el apoyo de profesionales en psicología, psicooncología y psiquiatría y con el equipo de trabajadores sociales y servicio al paciente, quienes concurrirán en el momento en que se requiera.

En la atención de los pacientes al final de la vida se proveerá lo necesario para garantizar un entorno tranquilo, con temperatura y luz controlada, en lo posible libre de ruido, buscando la mayor discreción en el actuar de los integrantes del equipo asistencial y los equipos. Prevalecen las condiciones de higiene, orden y limpieza en la habitación del paciente.

**La Institución prioriza la asignación de habitación para los pacientes que se encuentra en fase de fin de vida y promoverá una cultura de atención basada en el trato respetuoso, compasivo y digno al paciente, su familia y cuidadores.**

A los pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida se les evalúan y reevalúan los síntomas, situaciones y necesidades de atención identificadas. Se optimiza el control del dolor y de los demás síntomas que aparecen de forma cercana a la muerte y que pueden generar angustia, dolor o ansiedad.

En la fase agónica del final de la vida, la Institución promueve el apoyo emocional y espiritual a la familia para permitir que el paciente pueda morir tranquilo y en compañía de sus seres queridos.

Se brinda la información complementaria y necesaria, con un abordaje sensible en los temas como donación de órganos, funerarias, certificados de defunción y necropsias.

La institución brinda atención compasiva y respetuosa a la familia del paciente que fallece mediante un proceso de acompañamiento en la **Zona de Paz**.

El grupo de Psicología ofrece seguimiento a los familiares en busca de optimizar el proceso de duelo frente al paciente fallecido.





# Política de Fin de Vida

## Definiciones Relacionadas

» **Calidad de vida:** La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el impacto de la enfermedad, que percibe el individuo, en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Es la valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluye la evaluación funcional física, emocional, cognoscitiva, social, percepciones de salud y bienestar y de las perspectivas futuras.

» **Adecuación o reorientación del esfuerzo terapéutico:** Es la decisión deliberada y meditada del médico responsable del paciente y del equipo tratante, que consiste en no instaurar o retirar medidas terapéuticas que no le aportarán un beneficio claro cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos. Retirar o no iniciar dichas medidas permite a la enfermedad continuar su curso evolutivo que inexorablemente conduce al fallecimiento de la persona. El término "limitación del esfuerzo terapéutico" debe evitarse ya que no se trata de ninguna limitación de tratamientos sino de una adecuación de los mismos.

» **Consentimiento informado:** Es la expresión de la voluntad libre e informada de un paciente, adulto y competente, que antecede a las intervenciones médicas. En caso de pacientes menores de edad o que se encuentran en condición de incapacidad, permanente o temporal, las decisiones clínicas se adoptarán con la autorización de los padres, representantes o familiares en primer grado de consanguinidad, sin exceder las indicaciones acogidas por la comunidad científica ni transgredir los principios de beneficencia y no maleficencia.

» **Voluntad anticipada:** Es el documento (escrito, grabado o similar) en el que conste la voluntad expresada por un individuo acerca de sus preferencias y decisiones en momentos en que no pueda expresarse de manera directa o que anticipen situaciones críticas finales.

» **Cuidados paliativos:** La Organización Mundial de la Salud definió los cuidados paliativos como el "enfoque de la atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con

enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales".

» **Eutanasia:** Es el acto médico que procura la muerte de un enfermo terminal, que la ha solicitado de manera directa y clara, a través de los canales previstos en la ley, por que sufre una enfermedad incurable que se encuentra en fase terminal, que le produce un dolor o sufrimiento intratables a pesar del cuidado paliativo de calidad que se le puede ofrecer.

» **Morir con dignidad:** Supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial. Se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia de sufrimiento.

» **Paciente en situación terminal/Enfermedad en fase terminal:** Es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con nula respuesta al tratamiento específico o modificador de la historia natural de la enfermedad, con un pronóstico de vida limitado, con síntomas multifactoriales, cambiantes, intensos y variables, que provocan un alto grado de sufrimiento físico y psicológico al paciente y a su familia.

» **Planificación anticipada de los cuidados:** Es la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y ayudado por el equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente. Esta planificación debe incluir la comprensión del paciente sobre su enfermedad, valores y creencias, preferencias sobre su tratamiento y cuidado, las intervenciones que autoriza o rechaza, las decisiones relacionadas con su fallecimiento y la designación de un representante dentro de su grupo familiar directo que pueda tomar decisiones finales que a pesar de la previsión hubiesen quedado pendientes. Todo ello deberá constar en la Historia Clínica.





# Política de Fin de Vida

## » **Planificación anticipada de Sedación paliativa:**

Consiste en la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia en un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar uno o más síntomas refractarios, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente. La sedación paliativa puede ser necesaria en diversas situaciones clínicas que se presentan en el paciente con enfermedades avanzadas, no tiene que ser irreversible y no buscan provocar la muerte sino prevenir y controlar el sufrimiento. Como toda decisión médica debe estar indicada y orientada a mejorar las condiciones de un paciente, sin presiones ni condicionantes externos.

## » **Planificación anticipada de Síntoma refractario:**

Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa

» **Planificación anticipada de Situación de agonía:** La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognoscitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de desenlace fatal en horas o pocos días.

## » **Planificación anticipada de Obstinación terapéutica:**

Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de postergar la muerte inevitable de un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica. Las causas de obstinación pueden incluir, entre otras, las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación o la demanda del enfermo o la familia.

» Política de Donación de Órganos

## Metas e Indicadores para su Seguimiento

» Proporción de pacientes fallecidos que contaron con acompañamiento en proceso de fin de vida por equipo interdisciplinario.



## Documentos Relacionados

- » Manual Médico
- » Manual de diligenciamiento de Historia Clínica
- » Política de Derechos y Deberes de los Pacientes
- » Política de Dolor





# Política de Fin de Vida

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombres:</b> Iván Riaño F. Claudia Agamez Alejandro Jaramillo María Andrea Moreno María Piedad Sarmiento	<b>Nombre:</b> Miembros Comité de Mejoramiento y Ética Clínica	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera
<b>Cargo:</b> Grupo Ética Clínica	<b>Cargo:</b> Comité de Mejoramiento y Ética Clínica	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente General Gerente Médico
<b>Fecha:</b> 20/04/2020	<b>Fecha:</b> 12/05/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





Clínica del  
Country



Clínica  
La Colina



## **Política de Reprocesamiento de Dispositivos Médicos**



# Política de Reprocesamiento de Dispositivos Médicos

## Propósito

La política de reprocesamiento de las Clínicas y sus sedes establece los lineamientos, procesos y prácticas que garantizan la eficacia y desempeño del ciclo de esterilización (procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización) de aquellos dispositivos médicos que son reprocesados y que van a ser utilizados en la atención de los pacientes sin generar ningún tipo de riesgo de infecciones o complicaciones.

## Alcance

La presente política está dirigida a todo el personal asistencial, administrativo y terceros que se involucren en procesos donde se utilicen dispositivos médicos reprocesados.

## Lineamientos

**La Institución con el propósito convertirse en una organización segura y confiable**, ha definido que podrán ser reusados solamente aquellos dispositivos cuya recomendación del fabricante, defina y ejecute procedimientos basados en evidencia científica que demuestre que el reprocesamiento del dispositivo **NO** implica una reducción de la eficacia y desempeño para el cual se utiliza, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos.

La Institución cuenta con un proceso para definir los dispositivos médicos que serán sometidos al reprocesamiento, soportado en el cumplimiento de las indicaciones y recomendaciones del fabricante. En este sentido es el Comité de Reprocesamiento la máxima instancia en las Clínicas para la aprobación de los lineamientos de reprocesamiento de dispositivos médicos, la gestión de riesgos y la toma de decisiones en la materia.

En la medida en que un dispositivo médico de único uso objeto de reprocesamiento es utilizado, siempre será sometido a un estricto proceso de esterilización, conservando su integridad, eficacia, funcionalidad, propiedades fisicoquímicas y especificaciones técnicas requeridas para su uso en pacientes.

En garantía de la trazabilidad y la calidad de los procesos a los que serán sometidos cada uno de los dispositivos de reprocesamiento, en especial a su uso en los pacientes, la institución está comprometida con un seguimiento estricto del proceso, a partir del registro de la fecha en la cual se realiza el reprocesamiento del dispositivo médico, nombre del dispositivo médico, números de reprocesamientos, nombre del paciente en el que se utilizará el dispositivo y procedimiento a realizar en el paciente.

**Cada dispositivo médico de único uso objeto de reprocesamiento contará con una ficha técnica institucional, donde se describirán las propiedades y características esenciales del mismo (composición, estructura, funcionamiento, etapas a las que será sometido durante el proceso de esterilización).**

En desarrollo a la garantía y seguridad el proceso de reprocesamiento, opera un sistema único de reporte que facilita la oportunidad en la notificación de indicios de atención insegura alrededor del reprocesamiento y uso de dispositivos médicos reprocesados. Se analiza de manera individual cada uno de los casos, se somete al análisis para el ajuste, optimización e innovación del proceso de reprocesamiento.





# Política de Reprocesamiento de Dispositivos Médicos

Se implementarán las barreras de seguridad necesarias para prevenir incidentes y eventos adversos con el uso de dispositivos médicos reprocesados. La gestión del riesgo será un compromiso de todos los servicios involucrados en el uso de dispositivos médicos reprocesados.

En la institución opera un sistema único de reporte que facilita la oportunidad en la notificación de indicios de atención insegura alrededor del reprocesamiento y uso de dispositivos médicos, en el cual se permite la identificación del dispositivo médico y el análisis de la situación para el ajuste, optimización e innovación del proceso de reprocesamiento.

La institución cuenta con un proceso de baja para los dispositivos médicos-quirúrgicos. En este mismo sentido, cuando las características del dispositivo ya no sean funcionales y/o éste haya cumplido su vida útil, el dispositivo será descartado y se realizará la actualización en el inventario.

Todo el personal garantizará el manejo adecuado de los residuos generados en el reproceso de los dispositivos médicos de un solo uso, de tal manera que minimice el impacto ambiental.

## Definiciones Relacionadas

» **Dispositivo Médico:** Es cualquier instrumento, aparato, máquina, equip o, implante, software, o artículo relacionado, destinado por el fabricante a ser usado, solo o en combinación para uso humano. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una enfermedad, una lesión o de una deficiencia.

» **Dispositivo de un solo uso:** Dispositivo cuya finalidad es ser usado en un solo paciente, en un único procedimiento. No está diseñado para ser reprocesado (Limpiar, esterilizar) y ser usado en otro paciente. El inserto del fabricante no incluye instrucciones de reprocesamiento.

» **Reuso:** Uso múltiple o repetido de un dispositivo diseñado para uno o múltiples usos, incluye el reprocesamiento entre usos.

» **Re esterilizar:** Es someter al proceso de esterilización un dispositivo que no ha sido usado y se venció la fecha de esterilización definida por el fabricante.

» **Reprocesar:** Es someter al proceso de descontaminación y limpieza, así como de esterilización un dispositivo médico abierto y no usado.

» **Validación:** Establecer medios de evidencia objetiva que nos indiquen que un proceso realizado de manera consistente presenta resultados óptimos o que un producto cumple con los requerimientos predeterminados.

» **Limpieza:** Es la remoción mecánica o manual de la suciedad visible o no, presente en los dispositivos médicos utilizando una solución detergente desinfectante para inactivar la sangre y los fluidos corporales que permitan dejar los elementos viables para ser manipulados sin riesgo biológico.

» **Esterilización:** Es la eliminación total de todos los microorganismos incluyendo esporas a través de un proceso físico Químico.





# Política de Reprocesamiento de Dispositivos Médicos

## Documentos Relacionados

- » Manual de esterilización- ESI-MAN-01
- » Ficha técnica de reuso de dispositivos
- » Formato de seguimiento dispositivos de reprocesamiento
- » Protocolo de buenas prácticas de reprocesamiento

## Metas e indicadores para su seguimiento

- » Cumplimiento de criterios de reuso
- » Porcentaje de eventos adversos en pacientes usando dispositivos médicos de reuso
- » Proporción de incidentes asociados al uso de dispositivos reprocesados

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> María del Pilar Castro, : Martha Rocío Barrantes, Patricia Ortiz	<b>Nombre:</b> Marixa Guerrero, Yazmín Rodríguez, María Lucía Grueso A.	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera
<b>Cargo:</b> Jefe Central de Esterilización, Coord. Insta Quirúrgica, Enfermera. Seguridad del Paciente	<b>Cargo:</b> Jefe Proceso de Cirugía , Jefe de Infectología, Jefe de Calidad	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente General Gerente Médico
<b>Fecha:</b> 1/07/2020	<b>Fecha:</b> 08/08/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





Clínica del  
Country



Clínica  
La Colina



# Política de Atención Materno Perinatal



# Política de Atención Materno Perinatal

## Propósito

La política de atención materno perinatal determina los lineamientos que garantizan el acceso y la atención oportuna y humanizada al binomio madre-hijo; se fundamenta en el modelo de seguridad para la atención del parto y emergencias obstétricas de las pacientes atendidas en las Clínicas y sus sedes.

## Alcance

La presente política está dirigida a todo el personal asistencial y administrativo involucrado en la atención del binomio madre-hijo. Trasciende a todas las intervenciones de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la población materno perinatal.

## Lineamientos

La institución se acoge la declaración de la Organización Mundial de la Salud-OMS en relación a que todas las mujeres deben recibir el más alto nivel de cuidados en salud, el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y el parto, y así como a no sufrir violencia o discriminación.

La institución está comprometida con el desarrollo de los lineamientos para el cumplimiento de la **Estrategia IAMI-Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia**, con enfoque de derechos en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud.

La institución promueve un accionar enérgico en contra de la violencia obstétrica y adopta lineamientos para apoyar el parto y atención humanizada. Se compromete también a brindar atención oportuna, preferencial y segura al binomio madre hijo, eliminando barreras administrativas. Para ello, se implementan rutas integrales de atención en salud para la promoción y el mantenimiento de la salud materna perinatal.

La institución está comprometida con el respeto, el cuidado, la comprensión y la atención integral y humanizada de las pacientes y sus familias, procurando brindar atenciones proporcionadas, razonables y ajustadas a las mejores prácticas clínicas y a sus preferencias, valores y creencias.

También se compromete a indagar sobre los valores, preferencias y creencias de la paciente y su círculo familiar directo, procurando el mayor respeto, la privacidad, la confidencialidad y la decisión informada frente a tratamientos propuestos.

La Institución y sus directivas están comprometidas con la seguridad de la atención del binomio madre hijo y es por ello que cuenta con un recurso humano idóneo que impulsa buenas prácticas para la seguridad del paciente.

Por ello, el plan de cuidado y tratamiento se formulará atendiendo todas las necesidades conocidas y las solicitudes individuales para la atención de parto, siempre y cuando se garanticen las condiciones de seguridad de la madre gestante y el hijo. Así lo reflejarán los registros clínicos. Se permitirá el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto de la gestante.





# Política de Atención Materno Perinatal

La institución evalúa y gestiona el riesgo de la atención materno perinatal mediante el uso de escalas de alerta temprana, listas de chequeo específicas, seguimiento a la adherencia de guías de práctica clínica para la atención de parto y emergencias obstétricas. A su vez se dispone de kits específicos para la atención de emergencias obstétricas.

La institución promueve el acompañamiento a la paciente y su familia durante todo el proceso de atención obstétrica. Se tiene implementada una estrategia de identificación, acompañamiento y manejo del duelo obstétrico o neonatal para las familias **(Código Mariposa)**. Se cuenta con apoyo de profesionales en psicología y psiquiatría quienes concurrirán en el momento en que se requieran. Se proveerá lo necesario para garantizar un entorno tranquilo, en lo posible libre de ruido, buscando la mayor discreción en el actuar de los integrantes del equipo asistencial y los equipos.

## Definiciones Relacionadas

» **Salud materna:** comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. (OMS)

» **Atención humanizada:** Es el enfoque biopsicosocial a la atención en salud en donde se da cabida al estado clínico y emocional entendiendo al ser humano como un todo.

» **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):** como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades.

## Documentos Relacionados

- » Estrategia IAMI
- » Rutas Integrales de Atención en Salud
- » Modelo de Acción Integral Territorial
- » Estrategia código mariposa

## Metas e indicadores para su seguimiento

- » Tasa de quejas relacionadas con fallas en la atención humanizada
- » Tasa de eventos adversos prevenibles en la atención materno perinatal





# Política de Atención Materno Perinatal

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombres:</b> Pilar Ardila Lozada Marcela Piragauta	<b>Nombre:</b> Marco Duque María Lucía Grueso A	<b>Nombre:</b> Junta Directiva Gloria Beatriz Molina Vargas Santiago López Barrera
<b>Cargo:</b> Médico de Gestión Clínica Coordinadora Enfermería atención materno-perinatal	<b>Cargo:</b> Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia Clínica del Country - Clínica La Colina. Jefe de Calidad	<b>Cargo:</b> Junta Directiva Gerente General Gerente Médico
<b>Fecha:</b> 20/12/2020	<b>Fecha:</b> 14/01/2021	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





# Política de Investigación



# Política de Investigación

## Propósito

La política de investigación de la Clínica del Country y Clínica La Colina (en adelante “las Clínicas”) establece los lineamientos para la investigación institucional y del Centro de Investigación, que garanticen el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas nacionales e internacionales; así como brindar herramientas para la generación, desarrollo, innovación y difusión del conocimiento. Adicionalmente, establece los lineamientos para garantizar la protección de los sujetos de investigación, como pilar fundamental de la política de investigación.

Esta política está definida y avalada por el equipo directivo, en cabeza de la Gerencia General y la Gerencia Médica y estará soportada por un presupuesto de inversión anual que se calculará en cada segundo semestre del año, a partir de los proyectos planteados para el siguiente año en curso.

## Objetivos generales

- » Establecer las directrices para la realización de proyectos de investigación institucional (investigación propia) y del Centro de Investigación (investigación con la industria farmacéutica).
- » Consolidar la institucionalidad con proyectos de investigación estratégicos, que asuman el liderazgo desde las principales especialidades, grupos institucionales especializados (GIES), departamentos y servicios de las clínicas.
- » Alcanzar un posicionamiento nacional e internacional en investigación.

## Objetivos específicos

- » Fomentar el desarrollo de una cultura en investigación clínica que integre valores éticos y científicos, garantizando la pertinencia científica y el impacto social de los proyectos de investigación.
- » Brindar herramientas para la realización de proyectos de investigación, a través de la asesoría metodológica para el desarrollo de los mismos, análisis de los datos y presentación final de los resultados.
- » Fomentar la divulgación de los resultados de los proyectos de investigación garantizando el adecuado reconocimiento de la propiedad intelectual.
- » Garantizar la protección de los sujetos de investigación, independientemente de los patrocinadores de los estudios clínicos en los que participen.

## Alcance

Esta política aplica al equipo directivo de las Clínicas, a todos los trabajadores y terceros que participen en investigación. Adicionalmente, a los patrocinadores de los proyectos de investigación y/o estudios clínicos con medicamentos en seres humanos.





# Política de Investigación

## Lineamientos

### Directrices y lineamientos para proyectos de investigación institucional (interna y patrocinada)

Todas las publicaciones académicas en nombre de las clínicas o que suministren datos de los pacientes atendidos en ellas, los proyectos de investigación institucional y la idoneidad de sus participantes, deberán ser evaluados y aprobados en su totalidad por la Junta de Investigación, en adelante “La junta”.

Los proyectos de investigación deberán ser presentados a través del **“Formato de presentación de proyectos”** código **INV-FOR-59** a la junta, conformada por el Jefe de Educación e Investigación, Coordinador Médico de Investigación, Coordinador Administrativo de Investigación, Médicos de Investigación, Enfermera Epidemióloga de Investigación y Asistente Administrativa de Investigación, con la participación de Contraloría y la Secretaría General, así como Jurídica en los casos en que los miembros de la junta así lo consideren.

Posterior al análisis del proyecto de investigación, éste será evaluado de manera independiente por cada uno de los miembros de la junta, a través del **“Formato hoja de vida de proyectos de investigación institucionales”** código **DIR-05-27**, con la asignación de un puntaje de cumplimiento de cada ítem para la emisión de respuesta de aprobación, aprobación condicionada o desaprobación.

Los protocolos de investigación y publicaciones serán evaluados de manera independiente por todos los miembros de la junta de investigación; previo a su inicio, por el Comité de Ética de la Investigación (institucional o externo), si se requiere, con la asignación de los puntajes de cumplimiento para cada ítem y así dar la emisión de respuesta de aprobación, aprobación condicionada o desaprobación.

Para la evaluación objetiva de la autoría de los artículos científicos desarrollados en las Clínicas previo a su publicación, así como el orden de aparición de los autores en el manuscrito, se definirá de acuerdo con su porcentaje de participación en las diferentes fases de la investigación y asistencia a las reuniones establecidas para su realización, garantizando la propiedad intelectual y la veracidad de la autoría teniendo en cuenta las consideraciones establecidas en el “Procedimiento para autoría en investigación evaluadas a través del “Formato para la evaluación de la autoría en artículos científicos.

Adicionalmente, se evaluarán las consideraciones éticas del proyecto de investigación, definiendo la necesidad de revisión y aval por el Comité de Ética de la Investigación, con base en la clasificación de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social (investigación sin riesgo, con riesgo mínimo y riesgo mayor que el mínimo).

Una vez el protocolo de investigación cuente con este aval para su inicio, los investigadores deberán adherirse a la política de tratamiento de datos personales institucional y firmar el formato de Declaración de confidencialidad unilateral; y para los terceros no vinculados previamente que participen en investigación, se deberá realizar la consulta de debida diligencia. El cumplimiento de estos requisitos es indispensable para el inicio del proyecto de investigación.

No se aprobarán investigaciones de pacientes que no hayan sido atendidos en las clínicas, a menos que cuenten con el consentimiento informado institucional para el uso de sus datos en investigación.

En caso de que los investigadores cuenten con bases de datos propias, los pacientes deben contar con el formato de consentimiento informado institucional firmado, en el que dan su autorización para el uso de los datos de su historia clínica, con fines académicos o científicos.





## Política de Investigación

Los proyectos de investigación colaborativos con otras instituciones deberán contar con la autorización por escrito de las instituciones participantes para el tratamiento de los datos de los pacientes atendidos en estas, y cumplir con la política de tratamiento de datos personales establecidos por las clínicas. En caso de que las Clínicas no sean la institución líder, el investigador participante en representación nuestra deberá ser coautor en el producto final de la investigación, los datos compartidos con otras instituciones deberán ser anonimizados (no podrán incluir nombres, documentos de identificación, número de atención ni cualquier otro dato que permita la identificación de los pacientes) y se deberá firmar la minuta de “Declaración de confidencialidad, en caso de la Junta así lo considere se contará con el aval de las áreas de Protección de Datos, Seguridad de la Información y Secretaría General y Jurídica.

Esta Junta de Investigación será llevada a cabo con una periodicidad mensual, o con mayor periodicidad en caso de requerirse, con la finalidad de evaluar la viabilidad, aplicabilidad, pertinencia científica y el impacto social de la investigación institucional, dando cumplimiento a la normatividad nacional e internacional vigente.

El desarrollo de estudios clínicos patrocinados por la industria farmacéutica en el Centro de Investigación deberá cumplir con los lineamientos éticos dispuestos en la normatividad nacional e internacional que rigen la investigación clínica con seres humanos, protegiendo los derechos y el bienestar de los participantes en los protocolos de investigación. El Centro de Investigación en cumplimiento de lo establecido por los entes regulatorios nacionales deberá estar Certificado en Buenas Prácticas Clínicas y Habilitación para la conducción de estudios clínicos en seres humanos.

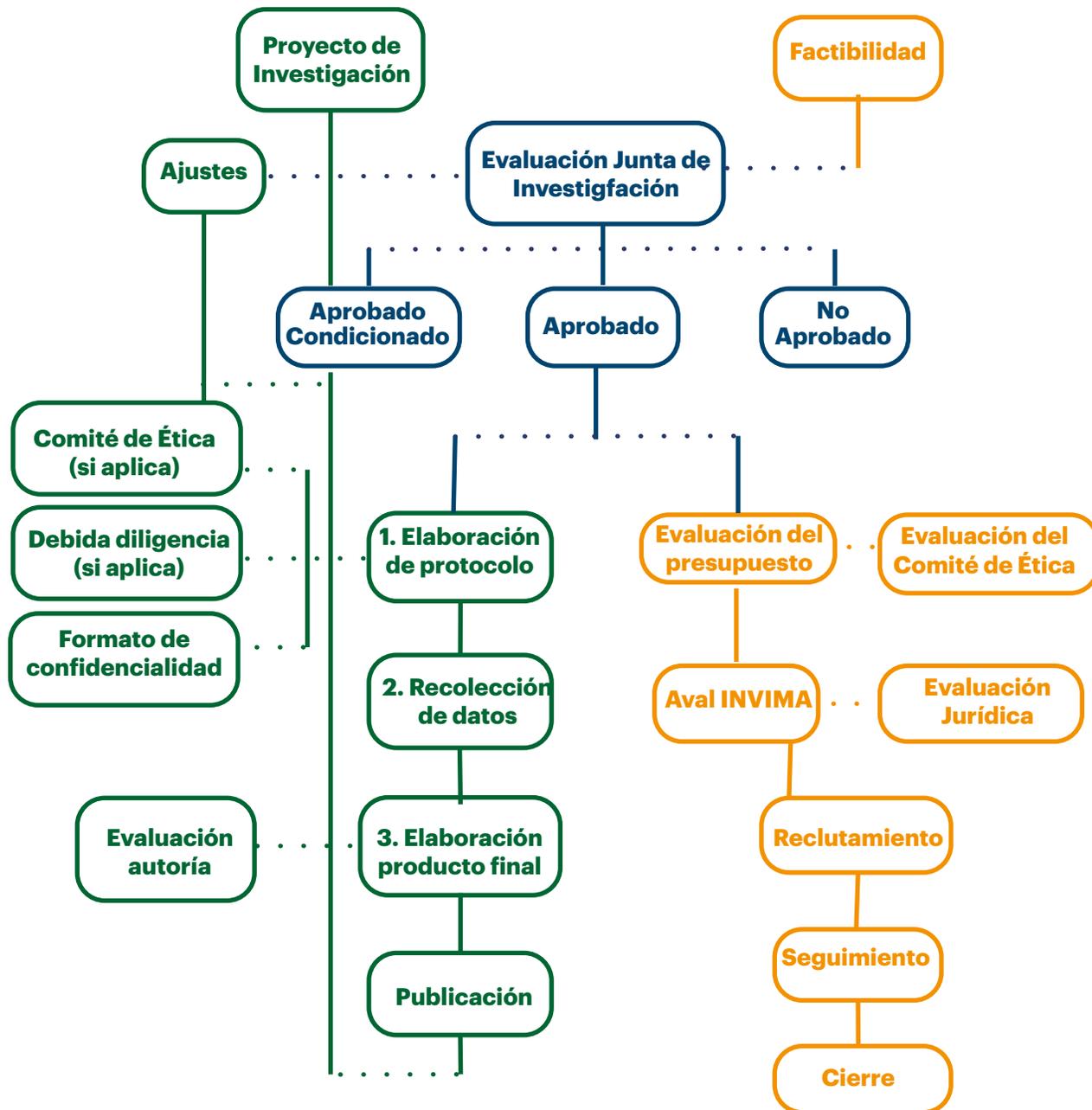
El equipo directivo de las Clínicas no ejercerá ningún tipo de coacción sobre sus empleados para que participen en estudios clínicos que se ejecuten en el Centro de Investigación, la participación de sus empleados directos, o través de bolsas de empleo en los estudios clínicos será libre y voluntaria, y en todos los casos deberán entregar su consentimiento/asentimiento informado.

La descripción detallada de todo el proceso de investigación desarrollado en el Centro de Investigación se encuentra documentado en el **“Manual de procedimientos operativos en investigación clínica”** código **INV-08-02**.





# Política de Investigación





# Política de Investigación

## Lineamientos para garantizar el compromiso de los patrocinadores y/o Organizaciones de investigación por contrato (CRO)

La conducción de un estudio clínico en las clínicas iniciará a partir del contacto entre el patrocinador/CRO y el Centro de Investigación en un proceso que se denominará estudio de validación o análisis de factibilidad. En este proceso el Centro de Investigación a través de la Junta de Investigación y con la participación de los investigadores principales, evaluará la viabilidad en todos sus niveles para determinar si puede ejecutar el estudio clínico o no. El patrocinador por su parte deberá revisar que el Centro de Investigación cumpla con lo requerido por la autoridad regulatoria y con el potencial de pacientes para desarrollar el estudio.

Los patrocinadores deberán cumplir con los requisitos exigidos por las clínicas, los cuales estarán consignados en el contrato firmado por las partes; en el caso de contratar una CRO se especificarán las obligaciones y funciones transferidas a esta, siendo el patrocinador el directo responsable del cumplimiento de estos. El cumplimiento de estos requisitos será vigilado por la Jefatura de Educación e Investigación a través del Coordinador Administrativo del Centro de Investigación.

### Los requisitos exigidos son los siguientes:

- » Cumplir con el proceso de debida diligencia determinado por el área de Contraloría y Secretaría General y Jurídica con el objetivo de dar cumplimiento a la normativa nacional sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT-, que aplica a todos los terceros que se vinculan o relacionan con las clínicas.
- » Todos los acuerdos entre el patrocinador/CRO con las clínicas deberán estar oficializados a través de un contrato por escrito, este debe contener las responsabilidades delegadas a la CRO en caso de que aplique. En todos los casos el patrocinador será el responsable de supervisar el cumplimiento de los acuerdos pactados.
- » El estudio clínico deberá estar amparado por una póliza de responsabilidad civil extracontractual para el cubrimiento de eventos de seguridad relacionados con los sujetos de investigación y que deriven del estudio.
- » El presupuesto para la ejecución del estudio clínico deberá hacer parte integral del contrato.
- » Se deberán pactar las condiciones para los pagos a las clínicas de todas las actividades relacionadas con la ejecución del estudio clínico.
- » Deberá especificarse en el contrato las condiciones en las cuales se hará el monitoreo y control de las actividades desarrolladas por el Centro de Investigación durante la conducción del estudio clínico.
- » En caso de encontrarse durante el análisis interino de los datos de la investigación, alguna situación que pueda generar algún riesgo significativo en la seguridad de los sujetos de investigación, el patrocinador deberá notificarlo inmediatamente al Investigador principal como cabeza del equipo de investigación.
- » El patrocinador debe cumplir con las políticas y procesos de las clínicas para monitorización y evaluación de calidad, seguridad y ética de la investigación.
- » El patrocinador debe garantizar que los datos son fiables y que los resultados son estadísticamente precisos, éticos e imparciales.
- » El patrocinador deberá proteger la confidencialidad de los datos obtenidos durante la investigación a través de las herramientas definidas para tal fin.
- » El patrocinador no permitirá incentivos para investigadores o pacientes que pongan en riesgo la integridad de la investigación.
- » Dentro del contrato firmado por las partes quedarán estipuladas las condiciones para la participación del Centro de Investigación y sus investigadores como autores en las publicaciones.





# Política de Investigación

## Lineamientos para el manejo de conflictos de interés

Para la identificación y mitigación de situaciones en las que el juicio del personal que interviene en investigación pueda estar indebidamente influenciado por intereses personales, profesionales o económicos; previo al inicio de cualquier trabajo de investigación o ensayo clínico, tanto institucional como en el Centro de Investigación, se realizará una evaluación de dichas situaciones por la Junta de Investigación.

Posterior a la revisión de factibilidades y proyectos de investigación, la junta definirá si existen conflictos de interés por parte de los investigadores y/o patrocinadores, a través de la revisión de los formatos para la declaración de conflictos de interés definidos por las clínicas; contando con la participación de las áreas de Contraloría, Secretaría General y Jurídica en caso de ser necesario. En caso de presentarse un conflicto de interés durante el desarrollo de los ensayos clínicos o proyectos de investigación, estos deberán ser notificados a la junta, para su respectiva evaluación.

Adicionalmente, se revisará el proceso de debida diligencia a los investigadores y patrocinadores involucrados en la investigación a través de las herramientas utilizadas por las Clínicas para tal fin.

En caso de aprobación de ensayos clínicos competitivos, se deberá evaluar el potencial de reclutamiento en cada caso para establecer su viabilidad y los compromisos con los patrocinadores, estableciendo que estos estudios no podrán ser más de dos. Para minimizar el riesgo de conflicto al momento del reclutamiento, este tipo de estudios serán asignados a diferentes investigadores principales siempre y cuando sea posible. Si es necesaria la asignación de estos ensayos a un mismo investigador principal, el Centro de Investigación garantizará la asignación equitativa de sujetos de investigación, facilitando el cumplimiento de las metas de reclutamiento para ambos.

El área de Cumplimiento y Protección de Datos realizará auditoría de los procesos de identificación y manejo de los conflictos de interés generados en investigación cuando lo considere necesario.



## Lineamientos de seguridad del paciente

Los indicios de atención insegura presentados en estudios clínicos del Centro de Investigación o en investigaciones institucionales son gestionados de acuerdo con los lineamientos de esta política. El Programa de Seguridad del Paciente ha realizado una homologación de su taxonomía con la taxonomía propia de la investigación clínica, para realizar el reporte de cualquier indicio de atención insegura que afecte directamente cualquiera de las **seis (6) metas de seguridad** del paciente. En caso de presentarse un evento centinela en el marco de investigación, el proceso de notificación, gestión y seguimiento cumplirá con lo definido en la política de gestión de eventos centinelas de la Clínica **(MIS-POL-09)**.





## Política de Investigación

En el caso de los eventos adversos serios, y no serios su análisis y gestión se realizará de acuerdo con el procedimiento para el análisis y reporte de eventos adversos en Investigación.

Los eventos adversos no serios que no estén relacionados con la atención del paciente serán notificados únicamente al patrocinador en los tiempos establecidos.

Los eventos adversos serios serán reportados y analizados en Almera a través del “Algoritmo de Naranjo de acuerdo al análisis se clasificaron como “Evento adverso serio, para diferenciar este tipo de evento de dejará identificado así aplica solo para investigación)”, y a su vez se reportará al patrocinador y al Comité de Ética de la Investigación en los tiempos definidos.

Adicionalmente los indicios de atención insegura y los eventos adversos serios y no serios serán revisados y analizados en la Junta de análisis de Eventos Adversos y Desviaciones, la cual sesiona con una periodicidad mensual, o antes si algún caso lo amerita.

Para dar alcance a los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente institucional el área de investigación se articula de forma activa a los comités de Seguridad del Paciente, Infecciones COVE, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia, como parte de las estrategias para mitigar los riesgos al ciclo de atención.





# Política de Investigación

## Lineamientos de consentimiento informado e información a pacientes y familiares

.....

En investigación clínica, el **consentimiento informado (CI)** es un documento legal y un mecanismo para respetar la dignidad y proteger los derechos y el bienestar de los sujetos participantes; debe incluir información sobre el propósito de la investigación, la justificación los riesgos y beneficios, que le permitan a un sujeto decidir voluntariamente su participación. El CI se fundamenta en el principio de autonomía y en la libertad de una persona mentalmente competente para aceptar o rechazar cualquier forma de participación, intervención o procedimiento de investigación, y se constituye en un acuerdo de voluntades entre el investigador y el sujeto participante, que deberá regirse bajo las dimensiones de confianza, sinceridad, claridad, respeto, ausencia de manipulación, engaño o coerción.

Como es deber del investigador velar por la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de los sujetos que enrole en un estudio, tiene que establecer un diálogo permanente con estos para valorar los riesgos y la seguridad de la participación; esta condición se convierte en un proceso dinámico que no comienza ni termina únicamente con la firma del documento, y que no solamente debe trascender la legalidad, sino acercarse a la ética y la legitimidad.

Si en los estudios se hace inclusión de poblaciones vulnerables, por ejemplo: participantes con compromisos psiquiátricos o discapacidades físicas, subordinados, menores de edad o comunidad indígena, entre otros, el investigador debe cerciorarse que:

- » Quien firme el consentimiento de participar en el estudio debe ser una persona idónea, de acuerdo con las disposiciones legales en Colombia.
- » El participante ha sido informado sobre el estudio clínico, hasta donde pueda llegar su entendimiento y si este tiene capacidad deberá firmar y fechar personalmente el consentimiento informado.

El investigador debe documentar en la historia clínica del sujeto todo el proceso de consentimiento informado y de la participación en el estudio

El **asentimiento informado (AI)** es un proceso de inclusión de los menores de edad (<18 años) en los procesos de toma de decisiones, tanto en el ambiente asistencial, como en la participación en protocolos de investigación. El AI permite el ejercicio a la libertad de toma de decisiones en el desarrollo del menor, para opinar en el ámbito de salud o enfermedad que le afectan; asimismo, se estimula en el menor el desarrollo de su capacidad moral para el ejercicio autónomo de futuras decisiones, lo cual es un ejercicio de construcción de ciudadanía.

En el contexto de investigación, el asentimiento informado manifiesta un valor importante: en el caso de la negativa del menor para participar en un proyecto experimental, este debe ser considerado y se le debe dar la importancia, salvo en los casos en que el protocolo ofrece un beneficio visible para el paciente que no puede ser ofrecido por fuera del ámbito de la investigación.

Las clínicas realizarán la divulgación de los ensayos clínicos que se encuentren en fase de reclutamiento en el Centro de Investigación, a través de los medios de comunicación internos para compartir la información con los pacientes y sus familiares. Es de resaltar que sólo podrá compartirse información pública de los protocolos de investigación de acuerdo con la información contenida en el portal web <https://clinicaltrials.gov/>.





## Política de Investigación

Las estrategias de reclutamiento a utilizar y que permitan la difusión de los estudios clínicos entre la comunidad, así como la entrega de un brochure (folleto) a los pacientes que consigne información relacionada con el funcionamiento y dudas respecto a investigación, deberán ser aprobadas por el Comité de Ética de Investigación en todos los casos, antes de la inclusión del primer sujeto de investigación.

Las clínicas permiten la implementación de estrategias de reclutamiento no tradicionales como la divulgación de los estudios clínicos a través de redes sociales siempre y cuando, no se extralimitan los acuerdos de confidencialidad con los patrocinadores.



## Definiciones Relacionadas

» **Asentimiento informado:** proceso continuo de toma de decisiones centrado en la relación pediatras-padres-pacientes menores de edad, que debe incorporar aspectos socioculturales del contexto particular del niño o adolescente.

» **Buena Práctica Clínica (BPC):** estándar para el diseño, conducción, realización, monitoreo, auditoría, registro, análisis y reporte de estudios clínicos que proporciona una garantía de que los datos y los resultados reportados son creíbles y precisos, y que están protegidos los derechos, integridad y confidencialidad de los sujetos del estudio.

» **Centros de Investigación:** organizaciones públicas o privadas, independientes, con personería jurídica, o dependientes de otra persona jurídica, que tienen como misión desarrollar diversas combinaciones de investigación (básica o aplicada), con líneas de investigación declaradas y un propósito científico específico.

» **Comité de Ética de Investigación (CEI):** organización independiente integrada por miembros médicos, científicos y no científicos, basado en la normatividad nacional vigente, cuya responsabilidad es garantizar la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los seres

humanos involucrados en un estudio por medio de la revisión, aprobación y seguimiento constante del proyecto de estudio, enmiendas de la documentación y consentimiento y/o asentimiento informado de los sujetos del estudio.

» **Comité de Ética Hospitalaria:** comité institucional encargado del análisis de casos donde se presenten dilemas éticos, así como apoyar al personal involucrado para la resolución de los mismos.

» **Confidencial:** corresponde a información o comunicaciones, propiedad del patrocinador, la institución o a la identidad de un sujeto, las cuales solamente pueden ser reveladas a otros que estén autorizados o a la entidad sanitaria correspondiente.

» **Consentimiento informado:** proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular, después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes y puedan afectar su decisión de participar. El consentimiento informado se documenta por medio del formato de consentimiento informado, que debe ser firmado y fechado por el participante, testigos si aplica y el personal que lo imparte.





## Política de Investigación

» **Entidad Financiadora:** individuo, compañía, institución u organización responsable de financiar un estudio clínico o proyecto de investigación.

» **Estudio Clínico:** cualquier investigación que se efectúe en seres humanos con intención de descubrir o verificar los efectos clínicos, farmacológicos y cualquier reacción adversa relacionados con producto (s) de investigación, dispositivos médicos o procedimientos clínicos, con el objeto de comprobar su seguridad y/o eficacia.

» **Estudio No Clínico:** estudios biomédicos no realizados con seres humanos.

» **Investigación Institucional:** corresponde a la investigación propia desarrollada al interior de las Clínicas, la cual se construye a partir de las propuestas de investigación generadas por los profesionales de las áreas asistenciales y administrativas, con la participación de datos o de pacientes atendidos en las Clínicas.

» **Investigador principal:** persona responsable de la conducción de un estudio clínico o proyecto de investigación. Si un estudio es conducido por un grupo de individuos, al investigador líder, responsable del grupo se le llamará investigador principal y los demás serán denominados Investigadores Secundarios.

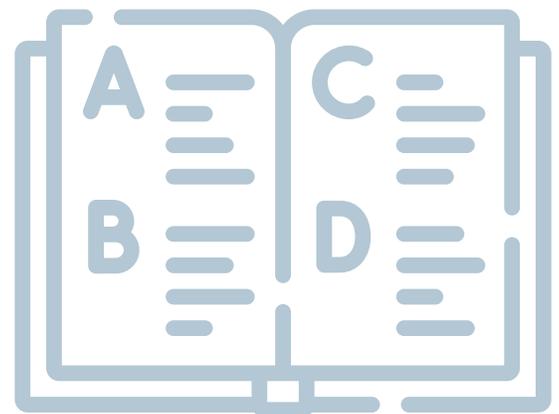
» **Organización de investigación por contrato (Sigla en inglés, CRO):** Persona u organización (comercial, académica o de otro tipo) contratada por el patrocinador para realizar una o más de las labores y funciones del patrocinador relacionadas con el estudio.

» **Política de tratamiento de datos personales:** política que establece los lineamientos que regulan la recolección, almacenamiento, uso, circulación, tratamiento, administración, transferencia, transmisión, actualización, rectificación, supresión y protección de los datos personales de pacientes, empleados, médicos adscritos, contratistas, proveedores, entre otros.

» **Protocolo de investigación:** documento que describe el o los objetivos, diseño, metodología, consideraciones estadísticas y organización de un estudio. Generalmente, también proporciona los antecedentes y fundamentos para el estudio, pero éstos podrían ser proporcionados en otros documentos referenciados en el proyecto. Este término incluye las enmiendas del mismo.

» **Proyecto de investigación:** documento que describe los aspectos básicos para el inicio de una investigación, el cual posterior a su aprobación, se convertirá en un protocolo de investigación.

» **Publicación en investigación:** acción de hacer público o divulgar los resultados de una investigación, a través de diferentes mecanismos como: informe de investigación, artículo científico, póster, ponencia, entre otros.





# Política de Investigación

## Documentos Relacionados

- » Política de seguridad del paciente
- » Política de Evento Centinela
- » Programa de Seguridad del Paciente
- » Procedimiento de análisis y seguimiento a incidentes, eventos adversos y fallas
- » Formato de presentación de proyectos
- » Formato hoja de vida de proyectos de investigación institucionales
- » Formato protocolo de investigación
- » Procedimiento para autoría en investigación
- » Formato para la evaluación de la autoría en artículos científicos
- » Declaración de confidencialidad unilateral
- » Declaración de confidencialidad
- » Manual de procedimientos operativos en investigación clínica
- » Análisis y reporte de eventos adversos en Investigación
- » Algoritmo de Naranjo para el análisis de temporalidad y causalidad de eventos adversos por medicamentos

## Alcance

- » Cumplimiento de reclutamiento de sujetos de investigación
- » Proporción de desviaciones críticas a protocolos de investigación
- » Proporción de desviaciones mayores y críticas a protocolos de investigación
- » Proporción de comportamiento de atención humanizada en investigación clínica
- » Proporción de factibilidades de proyectos de investigación de laboratorios farmacéuticos desarrollados igual o antes a 6 días
- » Satisfacción de los sujetos de investigación.
- » Proporción de cumplimiento de visitas de seguimiento al Centro de Investigación por parte del CEI.
- » Proporción de respuestas a sometimientos devueltas por errores del Comité de Ética de Investigación.
- » Proporción de sometimientos devueltos por incumplimiento de requisitos del Centro de Investigación para su revisión.





# Política de Investigación

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> María Alejandra Sánchez, Briegel de las Salas, Adriana Aya	<b>Nombre:</b> Alejandro Moscoso, María Lucía Grueso	<b>Nombre:</b> Gloria Molina, Santiago López
<b>Cargo:</b> Coordinadora Médica de Investigación, Coordinador Administrativo de Investigación, Enfermera Epidemióloga de Investigación.	<b>Cargo:</b> Jefe de Educación e Investigación, Jefe de Garantía de Calidad	<b>Cargo:</b> Gerente General, Gerente Médico
<b>Fecha:</b> 03/10/2020	<b>Fecha:</b> 17/12/2020	<b>Fecha:</b> 20/01/2021





**Política de atención humanizada**



# Política de atención humanizada

## Propósito

La Política de atención humanizada en las Clínicas y sus sedes establece los lineamientos, herramientas, procesos y prácticas basadas en valores y principios humanísticos que bajo el cumplimiento de los derechos de los pacientes y sus familias y de los atributos de calidad institucionales, favorecen el respeto a la dignidad humana y son fuente de motivación comportamental y de reconocimiento institucional.

## Alcance

La presente política está dirigida a todos los colaboradores de las Clínicas y sus Sedes, incluye a todo el personal asistencial, administrativo, de apoyo y terceros que hacen parte del ciclo de atención de pacientes, sus familias, visitantes y usuarios.

## Lineamientos

Las Instituciones y sus directivas están comprometidas con la dignidad del ser humano, apoyan toda iniciativa que humanice y centre la atención en el paciente y su familia, procurando brindar atenciones ajustadas en la integridad, compasión, buenas relaciones, innovación y desempeño. La atención del paciente y su familia se realiza en el contexto de la ética y políticas institucionales.

También se esfuerza por cumplir altos estándares de integridad personal e institucional en nuestras interacciones con las personas a quienes servimos, colaboradores, socios y otras partes interesadas, entre ellos, el Estado y el público en general. En esta materia, la Institución ha definido un Código de Conducta con el propósito de establecer los valores y las pautas que deben orientar los comportamientos de todos los colaboradores que se desempeñan en la Compañía, de los cuales solo se espera una actuación diligente, coherente y que se ajuste a los más altos estándares de profesionalismo exigidos. A través del Comité de Conducta revisan dudas, opiniones, inquietudes y denuncias presentadas en esta materia.

En su compromiso por la atención humanizada, se recalca la apropiación de los valores institucionales: (i) **integridad** entendida por la manera como obramos con rectitud, honrando nuestros compromisos y siempre con la verdad, (ii) **compasión** por la cual actuamos comprendiendo las necesidades de los demás y su valor como seres humanos, (iii) **relaciones** a través de las cuales construimos vínculos perdurables, basados en la confianza, (iv) **innovación** entendida de cómo asumimos el cambio constante y el aprendizaje del pasado, para diseñar un mejor futuro, y por último (v) el **desempeño** con el cual buscamos los mejores resultados, comprometidos con la excelencia.

Las instituciones capacita a su personal de manera continuada en la humanización de la atención y aplica un programa de humanización centrado en tres ejes: (i) seguridad del paciente como eje fundamental de la atención para garantizar una atención segura, (ii) el servicio, que incluye todas las actividades de atención al paciente y su familia orientadas hacia la identificación de sus necesidades y su experiencia en la prestación de servicio basado en el respeto y en el marco de sus derechos y, por último, (iii) la gestión del riesgo, que busca identificar, analizar e intervenir riesgos inherentes a los servicios durante el proceso de atención al paciente con enfoque en la humanización de la atención.





## Política de atención humanizada

Como parte de esta política y el programa de humanización Institucional, se impulsan estrategias dirigidas a garantizar una atención humanizada como elemento fundamental del respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.

En el marco de la declaración de los derechos del paciente y familia y en los preceptos del Sistema Único de Acreditación, las Instituciones promueven:

- » Con el propósito de suplir las necesidades físicas, emocionales, espirituales, religiosas y sociales de los pacientes; se promueven condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente. El plan de cuidado y tratamiento se formula bajo un abordaje integral, empatía y con mirada incluyente y ética.
- » Se definen horarios de visita acordes a las necesidades y vulnerabilidad de los pacientes, con énfasis en los niños, adultos mayores, pacientes obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- » Se establece y aplica un manejo adecuado y confidencial de la información, en cumplimiento a la normatividad vigente. En la organización no será divulgada información sin el consentimiento del paciente o su representante.
- » Se tienen en cuenta los gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos y horarios, entre otros.
- » Se respeta la administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo de los pacientes, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas.<sup>1</sup>
- » Se realiza en los pacientes un abordaje integral del manejo del dolor en el marco de los lineamientos institucionales.
- » Se promueve el respeto por las tradiciones, creencias y valores de los usuarios como condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- » La atención del paciente es empática y respetuosa a través del desarrollo de estrategias que las promuevan.
- » Las instituciones es adherente a la Política de Fin de Vida, en la cual se definen los principios y reglas del proceso de identificación, valoración, cuidado y seguimiento de los pacientes que presentan una enfermedad avanzada e incurable y se encuentran en la última fase de su vida, para asegurar una atención confortable, respetuosa, compasiva, digna y respetuosa de sus preferencias y convicciones y las de su grupo familiar más cercano.
- » A los pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida se les evalúan y reevalúan los síntomas, situaciones y necesidades de atención identificadas. Se optimiza el control del dolor y de los demás síntomas que aparecen de forma cercana a la muerte y que pueden generar angustia, dolor o ansiedad.
- » En la fase agónica del final de la vida, la Institución promueve el apoyo emocional y espiritual a la familia para permitir que el paciente pueda morir tranquilo y en compañía de sus seres queridos.
- » Se brinda la información complementaria y necesaria, con un abordaje sensible en los temas como donación de órganos, funerarias, certificados de defunción y necropsias.
- » Las instituciones brindan atención compasiva y respetuosa a la familia del paciente que fallece mediante un proceso de acompañamiento en la Zona de Paz.
- » El grupo de Psicología ofrece seguimiento a los familiares en busca de optimizar el proceso de duelo frente al paciente fallecido.
- » Las Clínicas promueve una atención y gestión permanente de quejas, felicitaciones y sugerencias, y aborda la generación de competencias en el equipo de salud para el desarrollo de habilidades comunicacionales u de diálogo.

<sup>1</sup> Icontec. Humanización de la atención





## Política de atención humanizada

Desde la perspectiva de los colaboradores, la institución fomenta estrategias dirigidas a garantizar una atención humanizada, tales como:

- » Soporte emocional y psicológico para trabajadores y familiares por profesionales especializados.
- » Programas de bienestar enfocados en hábitos de vida saludable, manejo del stress, manejo de cansancio y fatiga.
- » Aplicación, análisis e intervenciones de resultados de encuesta de riesgo psicosocial.
- » Identificación e intervención de riesgos asociados con seguridad y salud en el trabajo.
- » Beneficios al trabajador como celebraciones de fechas especiales, convenios con caja de compensación familiar, entidades financiera, bono de beneficios.
- » Las Clínicas promueven el trato humanizado entre los colaboradores a través del liderazgo representado en el Comité de Convivencia donde se promueven los espacios de diálogo entre las partes involucradas en procura de soluciones efectivas de conciliación.

Las Instituciones trabajan en procesos articulados y centrados en los pacientes y sus familias; no sólo desde el punto de vista de la estandarización, la tecnología y la seguridad, sino en el fortalecimiento de elementos como la comunicación, cultura organizacional y trabajo en equipo; de tal manera que, se promueve el desarrollo y mantenimiento de las competencias necesarias para los equipos asistenciales y administrativos que participan directa o indirectamente en la prestación de los servicios de salud de las Clínicas.



Es a través de los Comités Institucionales donde se revisa el impacto de las estrategias de humanización, siendo el Comité de Mejoramiento y Etica Clínica, el Comité de Etica Hospitalaria y el el Comité de Salud y Seguridad en el Trabajo los rectores en la materia. Apoyan a este ejercicio las áreas de talento y cultura, experiencia del paciente, el grupo de bioética, dolor y cuidado paliativo y el equipo de humanización institucional.

A través de la gestión de los riesgos clínicos y asistenciales, la institución identifica las poblaciones de alto riesgo para generar una respuesta efectiva a las necesidades específicas de estas poblaciones. Lo anterior se enmarca bajo el respeto al paciente y familia y promueve la ética clínica en torno a las decisiones médicas.

Aualmente el equipo de humanización institucional define un plan de trabajo para garantizar el cumplimiento de los elementos enunciados en la política y los estandares de acreditación en salud, con acciones de mejoramiento concretas y responsables de ejecutarlas.

Las Clínicas trabajan permanentemente por lograr una cultura de humanización de la atención, lo cual inicia desde los procesos de selección e inducción del personal, reinducción y capacitación permanente, para fortalecer las competencias y sensibilidad del personal hacia la atención de los pacientes en este contexto. Se cuenta con indicadores trazadores que muestran resultados de apropiación de las prácticas definidas en esta política.





# Política de atención humanizada

## Definiciones Relacionadas

» **Calidad de vida:** La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el impacto de la enfermedad, que percibe el individuo, en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Es la valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluye la evaluación funcional física, emocional, cognoscitiva, social, percepciones de salud y bienestar y de las perspectivas futuras.

» **Humanización de la Atención:** Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano Adecuación o reorientación del esfuerzo terapéutico: Es la decisión deliberada y meditada del médico responsable del paciente y del equipo tratante, que consiste en no instaurar o retirar medidas terapéuticas que no le aportarán un beneficio claro cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos. Retirar o no iniciar dichas medidas permite a la enfermedad continuar su curso evolutivo que inexorablemente conduce al fallecimiento de la persona. El término "limitación del esfuerzo terapéutico" debe evitarse ya que no se trata de ninguna limitación de tratamientos sino de una adecuación de estos.

» **Morir con dignidad:** Supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial. Se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia de sufrimiento.

» **Paciente en situación terminal/Enfermedad en fase terminal:** Es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con nula respuesta al tratamiento específico o modificador de la historia natural de la enfermedad, con un pronóstico de vida

limitado, con síntomas multifactoriales, cambiantes, intensos y variables, que provocan un alto grado de sufrimiento físico y psicológico al paciente y a su familia.

» **Planificación anticipada de los cuidados:** Es la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y ayudado por el equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente. Esta planificación debe incluir la comprensión del paciente sobre su enfermedad, valores y creencias, preferencias sobre su tratamiento y cuidado, las intervenciones que autoriza o rechaza, las decisiones relacionadas con su fallecimiento y la designación de un representante dentro de su grupo familiar directo que pueda tomar decisiones finales que a pesar de la previsión hubiesen quedado pendientes. Todo ello deberá constar en la Historia Clínica.

» **Sedación paliativa:** Consiste en la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia en un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar uno o más síntomas refractarios, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente. La sedación paliativa puede ser necesaria en diversas situaciones clínicas que se presentan en el paciente con enfermedades avanzadas, no tiene que ser irreversible y no buscan provocar la muerte sino prevenir y controlar el sufrimiento. Como toda decisión médica debe estar indicada y orientada a mejorar las condiciones de un paciente, sin presiones ni condicionantes externos.

» **Situación de agonía:** La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognoscitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de desenlace fatal en horas o pocos días.





## Política de atención humanizada

» **Obstinación terapéutica:** Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de postergar la muerte inevitable de un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica. Las causas de obstinación pueden incluir, entre otras, las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación o la demanda del enfermo o la familia.

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

### Documentos Relacionados

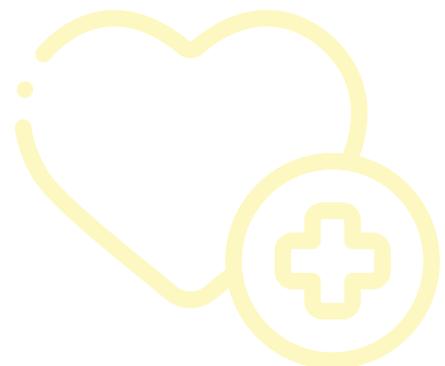
Se deberá listar cada uno de los documentos que se normalizan para la implementación de la política. Cada uno de estos procedimientos deberá ser identificado con el código correspondiente acoste al Sistema de Gestión de Calidad (Almera).

### Metas e indicadores para su seguimiento

» Tasa de quejas institucionales.

### Control de Cambios del Documento

Elaboró			Revisó			Aprobó		
Grupo de autoevaluación Humanización			<b>Nombre:</b> María Lucía Grueso A.			<b>Nombre:</b> Santiago López		
			<b>Cargo:</b> Jefe de Calidad			<b>Cargo:</b> Gerente Médico		
<b>Día:</b> 28	<b>Mes:</b> 06	<b>Año:</b> 2021	<b>Día:</b> 01	<b>Mes:</b> 07	<b>Año:</b> 2021	<b>Día:</b> 07	<b>Mes:</b> 07	<b>Año:</b> 2021





# Política de Comunicación Efectiva



## Política de Comunicación Efectiva

- Cuando se realiza transferencia escrita de la información recibida , se evitará la utilización de abreviaturas no autorizadas, toda transcripción de órdenes verbales o telefónicas, deben contar con su interpretación médica en la historia clínica.

### » La comunicación de valores o diagnósticos críticos de pruebas diagnósticas (Laboratorio Clínico e imágenes diagnósticas) se encuentra protocolizada:

- La comunicación de los de resultados de las pruebas clínicas de laboratorio, imágenes diagnósticas que han sido considerados como valores o diagnósticos críticos , deberá ser realizada por parte del equipo de salud en los tiempos máximos definidos y registrados, a su vez en la historia clínica.

- Se tiene definido que el informe sobre un resultado o diagnóstico crítico se realiza a través de una comunicación telefónica, confirmando esta información al médico tratante o la enfermera del servicio. Siempre se deberá solicitar a quien recibió la información, la confirmación del mensaje recibido, para que no haya dudas sobre la datos recibidos, y así la conducta médica definida sea oportuna y pertinente. El médico hospitalario deberá formalizar en la Historia Clínica, en máximo 2 horas, la conducta definida frente al valor o diagnóstico crítico.

### » La transferencia de la información del paciente, al cambio de turno y traslado de pacientes entre servicios se encuentra estandarizada a través de la metodología (SAER).

- Cada cambio de turno del equipo de salud, se realizará de forma obligatoria a través del modelo de comunicación estructurada (SAER), para proporcionar información del paciente, asegurar la transferencia de información completa y ofrecer al receptor una estructura para recordar los detalles de la información suministrada.

<b>S (Situation)</b>	=	Situación actual del paciente
<b>B (Background)</b>	=	Antecedentes que circunscriben a la enfermedad
<b>A (Assesment)</b>	=	Evaluaciones y actividades pendientes
<b>R (Recommendation)</b>	=	Recomendación

- El uso de teléfonos celulares durante el recibo y entrega de turno está prohibido.
- Cuando se trate de un traslado extrahospitalario (pacientes que requieren salir de la institución para la toma de exámenes diagnósticos o egresen con plan de atención domiciliaria-PHD) se deberán registrar en su totalidad los criterios de la hoja de referencia y contrareferencia (RYC-FOR-03).
- En todo traslado de paciente crítico realizado por el equipo de salud (médico, enfermera, auxiliar, terapeuta) deberá diligenciarse la hoja de traslado de pacientes entre servicios (MIS-FOR-04).
- Al finalizar el cambio de turno y la entrega de pacientes, el equipo de trabajo entrante realizará reunión con el objetivo de evaluar riesgos de cada paciente, generar plan de cuidado según riesgos priorizados (caídas, lesiones de piel, requerimiento de acompañamiento permanente, estudios diagnósticos, paraclínicos pendientes y proximidad de egreso).
- En todo paciente que va a ser remitido a otra institución, se deberá asegurar el diligenciamiento de la lista de chequeo de traslado de pacientes (RYC-FOR-03), se realizará la entrega de epicrisis del paciente al equipo de traslado primario o medicalizado.





# Política de Comunicación Efectiva

## Propósito

La Política de Comunicación Efectiva en las Clínicas y sus sedes establece los lineamientos, herramientas y prácticas estructuradas para estandarizar la comunicación en el equipo de salud en las diferentes etapas del ciclo de atención del paciente, con el fin de mitigar los potenciales riesgos que se relacionan con el traspaso de la información.

## Alcance

Esta Política va dirigida a todo el personal asistencial, administrativo y terceros que hacen parte del ciclo de atención del paciente y familia; desde el ingreso hasta el egreso y requiere de la participación activa de todos los colaboradores en su ejecución durante el desarrollo de sus actividades.

## Lineamientos

La Institución está comprometida con la Seguridad del Paciente y promueve la comunicación efectiva y asertiva entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes, considera como fundamental el trabajo en equipo, ya que la transferencia de la información es frecuente e inevitable; reconociendo que la comunicación es compleja y a la vez fundamental la continuidad del cuidado y atención al paciente, si no se utiliza de manera correcta presenta una mayor probabilidad de presentar errores que afecten a los pacientes.

La comunicación efectiva se constituye en la segunda (II) meta de seguridad, dentro del marco de la Política de Seguridad del Paciente. Esta meta se rige a partir de las orientaciones emitidas por el Comité de Seguridad del Paciente, en lo referente a lineamientos para la comunicación asertiva y efectiva con el paciente y familia. Por lo anterior, la institución se apoya en la implementación de diferentes estrategias y procedimientos estructurados que garantizan la seguridad del paciente.

Todo el personal asistencial y de diferentes áreas del servicio que intervienen en la atención de los pacientes, ejerce su liderazgo y trabajo en equipo mediante la implementación estricta de las estrategias para una comunicación efectiva.

La comunicación del equipo de salud con el paciente deberá ser planificada, eficaz, oportuna, precisa, completa e inequívoca. El equipo de salud se asegurará que la información suministrada haya sido comprendida por el paciente o su representante, con el fin de gestionar riesgos asistenciales y minimizar errores de comunicación que afecten la seguridad del paciente. Por ello, es necesario tener en cuenta que la información transferida hacia el paciente debe ser pertinente para evitar detalles innecesarios que puedan a llegar a desviar la atención de lo relevante.

### » La comunicación oral y/o telefónica entre los profesionales de salud está definida:

- Las órdenes verbales (cara a cara o telefónicas) solamente están permitidas en aquellas situaciones de emergencia en las cuales es imposible o impráctico realizarla en el sistema de información de la Clínica (código A, código Rojo). Para estos casos, el personal asistencial receptor de la orden verbal, tiene que confirmar la orden, repitiendo la misma con el emisor antes de ingresarla en la historia clínica del paciente.





# Política de Comunicación Efectiva

## » La comunicación del equipo de salud al egreso del paciente a casa se encuentra estandarizada, con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento:

- El egreso del paciente a casa y su registro es una responsabilidad indelegable del médico tratante. Es por ello que, el plan de salida y recomendaciones deberá ser claro, objetivo, oportuno y completo.
- El médico tratante diligenciará las recomendaciones de egreso, reconciliación medicamentosa de salida, incapacidad y fórmula médica; las explicará y entregará oportuna y personalmente. En la historia clínica electrónica reposará la evidencia de esta comunicación con el paciente y su familia.
- Es responsabilidad del médico tratante diligenciar la epicrisis en el momento del egreso y elaborar los resúmenes de historia clínica cuando sea necesario.

### Definiciones Relacionadas

» **Comunicación Efectiva:** Es un proceso interactivo de transferencia de información específica del paciente, a partir de un cuidador a otro o de un equipo de cuidadores a otro con el fin de garantizar la continuidad y seguridad de los cuidados del paciente.

» **Entrega de turno:** Es el relevo del personal de enfermería (entre el que se retira del turno y quien lo asume durante las próximas horas), en donde se produce la transferencia de información clínica- administrativa relevante, que permite la continuidad de la atención de los pacientes.

» **Intercambio de información entre los profesionales de la salud:** Toda aquella información necesaria que se tiene que dar entre los profesionales de la salud que ayude al tratamiento del paciente y que permita la continuidad en la atención.

» **Valor crítico:** Es toda anomalía que arroje el estudio de laboratorio que tenga relación con el cuadro clínico, y que se haya priorizado como crítico en la Clínica que podría poner en riesgo la integridad del paciente.

» **Diagnóstico crítico:** Es todo diagnóstico que reviste de gravedad para el paciente y que exige una comunicación inmediata con el médico tratante, para definición urgente de conducta médica.

» **Traslado Intrahospitalario:** Es el transporte a otro

servicio o unidad, cuando el paciente requiere algún procedimiento diagnóstico o terapéutico disponible en otras dependencias dentro del mismo establecimiento, o en caso de necesidad de camas dentro del mismo servicio.

» **Trabajo en equipo:** Se define al equipo como un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común.

» **Técnica SBAR (SAER):** Es un modelo de comunicación estructurada para proporcionar información del paciente, asegurar la transferencia de información completa y ofrecer al receptor una estructura para recordar los detalles que escucharon.





# Política de Comunicación Efectiva

## Documentos Relacionados

- » Política de seguridad del paciente.
- » Protocolo para el recibo y entrega de turno en enfermería basado en la metodología SAER.
- » Formato recibo y entrega de turno médico
- » Instructivo diligenciamiento del formato de recibo y entrega de turno
- » Hoja de traslado de pacientes entre servicios
- » Procedimiento de notificación de valores críticos de laboratorio clínico.
- » Procedimiento reporte de diagnóstico crítico en imagenología.

## Metas e indicadores para su seguimiento

- » Número de eventos adversos relacionados con la meta No.2 de comunicación efectiva.
- » Proporción de adherencia a los procedimientos de reporte de resultados críticos

## Control de Cambios del Documento

Elaboró			Revisó			Aprobó		
Equipo de Seguridad del Paciente			<b>Nombre:</b> María Lucía Grueso A.			<b>Nombre:</b> Santiago López B.		
			<b>Cargo:</b> Jefe de Calidad			<b>Cargo:</b> Gerente Médico		
<b>Día:</b> 28	<b>Mes:</b> 06	<b>Año:</b> 2021	<b>Día:</b> 01	<b>Mes:</b> 07	<b>Año:</b> 2021	<b>Día:</b> 07	<b>Mes:</b> 07	<b>Año:</b> 2021





# Política de Trasplantes



# Política de Trasplantes

## Propósito

La política de trasplantes en las Clínicas establece los lineamientos para la promoción de la donación, determina los parámetros de acceso y, define los procesos y prácticas para brindar una atención humanizada con altos estándares de calidad.

## Alcance

La presente política está dirigida a todos los colaboradores de las Clínicas y sus sedes, incluye a todo el personal asistencial, administrativo, de apoyo y terceros que hacen parte del ciclo de atención de pacientes, sus familias, visitantes y usuarios.

## Lineamientos

La institución se encuentra comprometida con los principios de dignidad y solidaridad humana, los cuales condenan la adquisición de partes del cuerpo humano para el trasplante y la explotación de las poblaciones más pobres y vulnerables y el tráfico humano que se deriva de esas prácticas.

También está comprometida con los principios rectores de la Organización Mundial de la Salud-OMS, entorno a un marco ordenado, ético y aceptable para la operatividad de los procesos de trasplantes.

Por ello, se adhiere a los once (11) principios rectores sobre el trasplante de células, tejidos y órganos humanos; determinados en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada el 21 de mayo de 2010:

### » Principio Rector 1

- “Podrán extraerse células, tejidos y órganos del cuerpo de personas fallecidas para fines de trasplante si: a) se obtiene el consentimiento exigido por la ley; y b) no hay razones para pensar que la persona fallecida se oponía a esa extracción.”
- El consentimiento es la piedra angular ética de toda intervención médica. Compete a las autoridades nacionales definir, de conformidad con las normas éticas internacionales, el proceso de obtención y registro del consentimiento relativo a la donación de células, tejidos y órganos, el modo en que se organiza la obtención de órganos en su país y la función práctica del consentimiento como salvaguardia contra los abusos y las infracciones de la seguridad. El consentimiento para la obtención de órganos y tejidos de personas fallecidas puede ser «expreso» o «presunto», lo que depende de las tradiciones sociales, médicas y culturales de cada país.
- En Colombia solo se podrá proceder a la utilización de los órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, cuando exista consentimiento del donante libre, previo e informado o presunción legal de donación.
- Se presume que se es donante cuando una persona durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos después de su fallecimiento.





# Política de Trasplantes

- La voluntad de donación expresada en vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida por sus deudos y/o familiares.
- Así mismo, toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante Notario Público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud (INS).
- También podrá oponerse al momento de la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS).

## » Principio Rector 2

- Los médicos que hayan determinado la muerte de un donante potencial no deberán participar directamente en la extracción de células, tejidos u órganos de ese donante ni en los procedimientos subsiguientes de trasplante, ni ocuparse de la asistencia a los receptores previstos de esas células, tejidos y órganos.

## » Principio Rector 4

- No deberán extraerse células, tejidos ni órganos del cuerpo de un menor vivo para fines de trasplante, excepto en las limitadas ocasiones autorizadas por las legislaciones nacionales. Deberán adoptarse medidas específicas para proteger a los menores, cuyo consentimiento se obtendrá, de ser posible, antes de la donación. Lo que es aplicable a los menores lo es asimismo a toda persona legalmente incapacitada.

## » Principio Rector 5

- Las células, tejidos y órganos deberán ser objeto de donación a título exclusivamente gratuito, sin ningún pago monetario u otra recompensa de valor monetario. Deberá prohibirse la compra, o la oferta de compra, de células, tejidos u órganos para fines de trasplante, así como su venta por personas vivas o por los allegados de personas fallecidas. La prohibición de vender o comprar células, tejidos y órganos no impide reembolsar los gastos razonables y verificables en que pudiera incurrir el donante, tales como la pérdida de ingresos o el pago de los costos de obtención, procesamiento, conservación y suministro de células, tejidos u órganos para trasplante.

## » Principio Rector 6

- Se permitirá la promoción de la donación altruista de células, tejidos u órganos humanos mediante publicidad o llamamiento público, de conformidad con la reglamentación nacional. Deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de células, tejidos u órganos cuyo fin sea ofrecer un pago a individuos por sus células, tejidos u órganos, o a un pariente cercano en caso de que la persona haya fallecido, o bien recabar un pago por ellos. Deberán prohibirse asimismo los servicios de intermediación que entrañen el pago a esos individuos o a terceros.

## » Principio Rector 7

- Los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante, ni los aseguradores sanitarios u otras entidades pagadoras deberán cubrir esos procedimientos, si las células, tejidos u órganos en cuestión se han obtenido mediante explotación o coacción del donante o del familiar más cercano de un donante fallecido, o bien si éstos han recibido una remuneración.





# Política de Trasplantes

## » Principio Rector 8

• Los centros y profesionales de la salud que participen en procedimientos de obtención y trasplante de células, tejidos u órganos no deberán percibir una remuneración superior a los honorarios que estaría justificado recibir por los servicios prestados.

## » Principio Rector 9

• La asignación de órganos, células y tejidos deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, y no atendiendo a consideraciones económicas o de otra índole. Las reglas de asignación, definidas por comités debidamente constituidos, deberán ser equitativas, justificadas externamente y transparentes.

## » Principio Rector 10

• Es imprescindible aplicar procedimientos de alta calidad, seguros y eficaces tanto a los donantes como a los receptores. Los resultados a largo plazo de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos deberán evaluarse tanto en el donante vivo como en el receptor, con el fin de documentar los efectos beneficiosos y nocivos. Debe mantenerse y optimizarse constantemente el nivel de seguridad, eficacia y calidad de las células, tejidos y órganos humanos para trasplante, en cuantos productos sanitarios de carácter excepcional. Para ello es preciso instituir sistemas de garantía de la calidad que abarquen la trazabilidad y la vigilancia, y que registren las reacciones y eventos adversos, tanto a nivel nacional como en relación con los productos humanos exportados.

## » Principio Rector 11

• La organización y ejecución de las actividades de donación y trasplante, así como sus resultados clínicos, deben ser transparentes y abiertos a inspección, pero garantizando siempre la protección del anonimato personal y la privacidad de los donantes y receptores.

La Institución garantiza un proceso de evaluación pretrasplante, trasplante y seguimiento post trasplante, seguro, justo y transparente, basado en criterios técnicos, científicos y éticos para todos los pacientes en el marco de la normatividad vigente.

La Clínica ha definido los siguientes lineamientos para los donantes vivos no relacionados, donantes vivos relacionados, donación en extranjeros y prohibiciones de remuneración:

• Para los donantes vivos, no se aceptarán potenciales donantes vivos NO relacionados para evaluación pretrasplante y /o trasplante renal.

• Para los donantes vivos relacionados, se requiere que el donante sea mayor de edad, no se encuentre en estado de embarazo, sea civilmente capaz, goce de plenas facultades mentales y de un buen estado de salud, el cual deberá estar certificado por un médico distinto del o de los que vayan a efectuar la extracción y el trasplante. A su vez, deberá contar con el concepto favorable del comité institucional de institucional de trasplantes. También deberá existir donación de solo uno o parte de los órganos simétricos pares o solo de parte de un órgano asimétrico o de médula ósea, para su trasplante o implantación inmediata.





## Política de Trasplantes

- Como procesos previos al trasplante en donantes vivos relacionados, en cuanto a entrega de información se requiere, la institución advierte previamente al donante sobre la imposibilidad de conocer con certeza la totalidad de los riesgos que pueden generarse dentro del procedimiento, por la ocurrencia de situaciones imprevisibles.
- El donante vivo relacionado es informado sobre las consecuencias de su decisión, en cuanto puedan ser previsibles desde el punto de vista somático y psicológico y sobre las eventuales repercusiones que la donación pueda tener sobre su vida personal, familiar y profesional, así como de los beneficios que con el trasplante se esperan para el receptor.
- Existirá consentimiento informado expreso, con un término mínimo entre la firma del documento y la extracción del órgano de 24 horas del proceso de extracción del donante, mediante declaración juramentada ante notario público.
- Se garantizará que al momento de la extracción del componente anatómico el donante relacionado no padece de ninguna enfermedad susceptible de ser agravada el trasplante.
- A todos los potenciales donantes vivos se les verificará si están en la lista de voluntades anticipadas en dos oportunidades: (i) al inicio del proceso de evaluación y (ii) el día del trasplante, antes del procedimiento.
- Los donantes vivos relacionados serán aceptados para evaluación pretrasplante hasta tercer grado de consanguinidad demostrada (padres, hermanos, primos, tíos a sobrinos. NO se aceptarán ni sobrinos ni tíos). Se tendrá como indicación relativa de donación desde los abuelos a nietos y viceversa, por la disparidad de edad.
- En todos los casos de relación, se verificará la compatibilidad inmunogenética, independientemente del grado de consanguinidad.
- Los donantes vivos relacionados por afinidad deberán presentar un extra-juicio juramentado donde notifique la relación de afinidad con el receptor.
- Solo se evaluará al cónyuge (unión marital, de hecho, o compañero permanente) independientemente de su sexo.
- Si los donantes vivos relacionados son hijos adoptivos, el caso deberá presentarse a en reunión de bioética, por tratarse de una relación primera civil, como también todos los casos de primer grado de afinidad.
- La Clínica del Country no trasplantará extranjeros, excepto que sea residente en el país o que sea cónyuge y solo para órganos definidos por la ley 1805 de 2016 como reza el artículo 10º: "Artículo 10. Se prohíbe la prestación de servicios de trasplante de órganos y tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional, salvo que el receptor sea cónyuge o compañero permanente, pariente en cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, del donante."
- Cuando el receptor sea cónyuge o compañero permanente, se deberá probar además una convivencia superior a dos (2) años después de celebrado el matrimonio o reconocida la sociedad de hecho.
- Se prohíbe la remuneración o cualquier tipo de compensación o retribución por la donación o suministro de un órgano o tejido.
- Se prohíbe la gratificación o pago al donante vivo, a la familia del donante fallecido, a la IPS, la EPS, o cualquier otra persona natural o jurídica por la donación o suministro de órganos o tejidos humanos.





# Política de Trasplantes

- Se prohíbe la publicidad sobre la necesidad de un órgano o tejido o sobre su disponibilidad, ofreciendo o buscando algún tipo de gratificación o remuneración.

## Definiciones Relacionadas

» **Programa de Trasplante:** Es el conjunto de procesos y procedimientos que se realizan por la institución prestadora de servicios de salud con el objeto de obtener, preservar, disponer y trasplantar componentes anatómicos.

» **Consentimiento informado para donación, trasplante o implante:** Es la manifestación de voluntad proveniente de aquella persona que tiene la calidad de donante o receptor de un componente anatómico, que ha sido emitida en forma libre y expresa, luego de haber recibido y entendido la información relativa al procedimiento que deba practicarse.

» **Donación:** Es un acto voluntario por el cual una persona en vida o su familia después de la muerte autorizan la extracción de órganos y tejidos para trasplante, con el fin de ayudar a otras personas. La donación es desinteresada y altruista, ya que por ella no existe remuneración o retribución para el donante o su familia. Por cada donante de órganos y tejidos se pueden beneficiar más de 55 personas.

» **Donante fallecido:** Donante fallecido. Es aquel que ha fallecido bien sea por muerte encefálica o por cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias y a quien se le pretende extraer componentes anatómicos con fines de trasplantes o implantes

» **Donante vivo:** Es aquella persona que conoce con certeza la totalidad de los riesgos que puedan generarse dentro del procedimiento y que cumpliendo los requisitos establecidos en el presente decreto efectúa la donación en vida de aquellos órganos o parte de ellos, cuya función es compensada por su organismo de forma adecuada y segura.

» **Trasplante de Órganos:** Es un tratamiento médico por medio del cual órganos, tejidos y células enfermas son reemplazados por las de un donante. Estos procedimientos ofrecen excelentes resultados en la calidad de vida de las personas, además de prolongarla.

» **Implante o injerto:** Es el reemplazo o sustitución con fines terapéuticos de tejidos, por otros tejidos vivos similares y funcionales provenientes del mismo receptor o de un donante vivo o fallecido.

## Bibliografía

- Ministerio de la Protección Social 2004. Decreto número 2493. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%202493%20DE%202004.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202493%20DE%202004.pdf)
- Ministerio de Salud, (s,f) ABECÉ Preguntas frecuentes sobre Donación de órganos [https://www.minsalud.gov.co/Documents/Archivos-temporal-jd/abc-donacion-organos%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documents/Archivos-temporal-jd/abc-donacion-organos%20(1).pdf)





# Política de Trasplantes

## Control de Cambios del Documento

Elaboró			Revisó			Aprobó		
<b>Nombre:</b> Pilar Ardila, Sandra Buitrago			<b>Nombre:</b> Germán Gómez			<b>Nombre:</b> Santiago López		
<b>Cargo:</b> Médico de Gestión Clínica, Enfermera Trasplantes			<b>Cargo:</b> Jefe de Trasplantes			<b>Cargo:</b> Gerente Médico		
<b>Día:</b> 30	<b>Mes:</b> 06	<b>Año:</b> 2021	<b>Día:</b> 05	<b>Mes:</b> 07	<b>Año:</b> 2021	<b>Día:</b> 07	<b>Mes:</b> 07	<b>Año:</b> 2021





# **Política de Gestión de la Tecnología**



# Política de Gestión de la Tecnología

## Propósito

Definir los lineamientos para la adquisición, incorporación, uso, monitoreo, control y reposición de la tecnología, empleada para el apoyo de la gestión de los diferentes servicios de la Clínica y sus sedes, enfocada en ofrecer seguridad a los pacientes, familiares y colaboradores para prevenir y mitigar los riesgos asociados a su utilización.

## Alcance

El alcance de esta política abarca la gestión relacionada con la tecnología desde su planeación y adquisición hasta su disposición final, teniendo en cuenta el personal de los equipos asistenciales, administrativos, terceros y proveedores.

## Lineamientos

La institución y sus directivas se encuentran comprometidas con la adquisición, incorporación, uso, monitoreo, control y reposición de la tecnología, por ello impulsan que las necesidades de nuevas tecnologías apalanquen el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la clínica dando respuesta a la adquisición, incorporación y renovación de la tecnología existente y garanticen el cumplimiento de la normatividad vigente y buenas prácticas de la industria a favor de la seguridad del paciente y familia y colaboradores.

- La adquisición de los diferentes tipos de tecnología en la Clínica se realiza bajo los parámetros establecidos en la Política de atribuciones EST-POL-10 y el manual de compras y contratación CPM-MAN-01, el cual está enfocado en garantizar la pertinencia, eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores propios de la evaluación de la tecnología.
- Para la evaluación y selección de las diferentes tecnologías, se consideran aspectos técnicos, de seguridad, de control de riesgos, evidencia clínica, costos de adquisición, entre otros; que deberán ser evaluados por las áreas expertas y en conjunto; conllevan a la evaluación integral para la selección de la mejor alternativa evaluada en el mercado y/o Industria y garantiza que se cumplan los principios de ofrecer seguridad a los pacientes, familiares y colaboradores para prevenir y mitigar los riesgos asociados a su utilización.
- Cualquier área que requiera adquirir o renovar tecnologías, será responsable de establecer la necesidad y los requisitos específicos acorde a su destinación y uso de la misma; a su vez, las áreas especializadas serán las responsables de evaluar los aspectos técnicos, impacto ambiental y demás factores propios de la tecnología que se desea incorporar o renovar y darán el concepto técnico para soportar la adquisición. Dichos conceptos harán parte integral de la evaluación y selección del proveedor de la tecnología requerida.
- Todos los proveedores con los que se pretenda adquirir y/o contratar activos o servicios de tecnología deberán cumplir con la política de debida diligencia, validación de datos personales y evaluación de riesgos de seguridad de la información, antes de ser inscritos y aprobados por la Clínica.
- Al incorporar nuevas tecnologías se realiza la puesta en funcionamiento con pruebas técnicas que garantizan la adecuada operación y se verifican los requisitos documentales. Para los equipos de soporte vital se realiza comprobación previo uso de los equipos para garantizar el buen funcionamiento durante su uso.





# Política de Gestión de la Tecnología

- Para el buen funcionamiento de nuevas tecnologías se realiza capacitación con apoyo del proveedor a todo el personal que interactúa con dicha tecnología. Además, se tiene definido un plan que incluye un cronograma de capacitación para inducción de personal nuevo y re-entrenamiento.
- La clínica cuenta un programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia para la monitorización y control de uso de equipos biomédicos, dispositivos médico-quirúrgicos y medicamentos usados en la atención del paciente y con mecanismos de reporte de requerimientos de servicio para equipos industriales y tecnología informática de los operadores de la tecnología.

El ciclo de planeación, adquisición, incorporación, uso, monitoreo, control y reposición de tecnologías hacen parte de un proceso de mejoramiento continuo de las Clínicas, los diferentes tipos de tecnología que hacen parte del alcance de esta política y se desarrollan en los respectivos procesos son: (i) equipos Biomédicos, (ii) medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos, (iii) tecnologías de la información y (iv) equipos industriales.

## Definiciones Relacionadas

» **Dispositivo médico:** cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado solo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, destinado por el fabricante para el uso en seres humanos. (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, 2013).

» **Equipo biomédico:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. No constituyen equipo biomédico, aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso. (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, 2013).

» **Equipo Industrial:** Maquinas, conjunto de máquinas, mecanismos y/o sistemas usados para un determinado fin (Transporte vertical, calefacción, climatización, etc.).

» **Gestión de la innovación:** se entiende el proceso orientado a organizar y dirigir los recursos disponibles, tanto humanos como técnicos y económicos, con el objetivo de aumentar la creación de nuevos conocimientos, así como su aplicación a la estructura de la organización.

» **Gestión de la tecnología:** El Ministerio de la Protección Social establece que a nivel de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se requiere de una planeación en tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que las beneficie e igualmente que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido. (Ministerios de Salud y protección social, 2016).





## Política de Gestión de la Tecnología

» **Seguridad:** es la medida o evaluación del daño inducido por la aplicación de una tecnología, el efecto esperado por el uso, debería superar en forma evidente el riesgo potencial de su aplicación. Este componente es fundamental debido a que todas las tecnologías, especialmente las terapéuticas, suponen algún riesgo vital para el sujeto. (Ministerios de Salud y protección social, 2007).

» **Tecnología en Salud:** las tecnologías en salud como el conjunto de medios técnicos y de procedimientos puestos a disposición por la ciencia, la investigación y los operadores del sector salud para sus elecciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Ministerios de Salud y protección social, 2007).

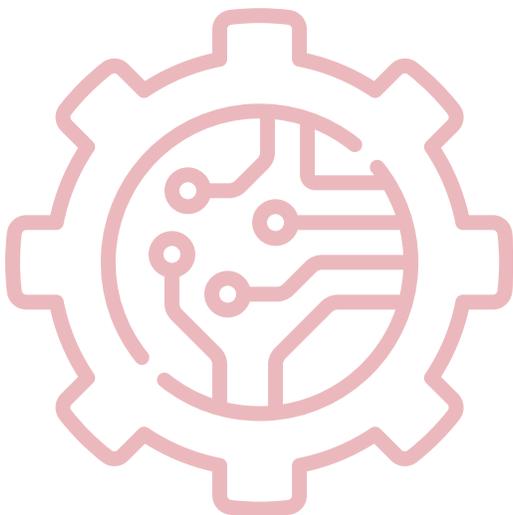
### Documentos Relacionados

- » Política de atribuciones
- » Manual de compras y contratación
- » Manual de Gestión de tecnología equipo Biomédico
- » Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico
- » Manual Gerencia de información
- » Manual de Gestión de Infraestructura Física

### Metas e indicadores para su seguimiento

Cada manual describe las metas e indicadores diseñados para cada grupo de tecnología, algunos relevantes son:

- » Índice de obsolescencia, indicador de cumplimiento en la ejecución de las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo.
- » Cumplimiento en la ejecución en la ejecución de mantenimiento preventivo de equipos industriales.
- » Monitoreo y control de la ejecución del presupuesto a través del comité de compras.
- » Número de problemas de seguridad relacionados con medicamentos.
- » Tiempo de parada de la operación por falla de equipo biomédico.
- » Tiempo de parada de la operación por falla de equipo industrial.
- » Reincidencia en falla de equipo industrial con afectación a la operación.
- » Solución a incidentes prioridad baja, media y alta.





# Política de Gestión de la Tecnología

## Control de Cambios del Documento

Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>Nombre:</b> Grupo de autoevaluación Gestión de la Tecnología	<b>Nombre:</b> Víctor López, María Lucía Grueso	<b>Nombre:</b> Miembros de la Junta Directiva
	<b>Cargo:</b> Gerente de Operaciones, Jefe de Calidad		Cargo: Junta Directiva
<b>Fecha:</b> 10/06/2021	<b>Fecha:</b> 24/06/2021	<b>Fecha:</b> 28/05/2021







### REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
-------------	-------	-----------	-----------	----------------------	-----------

Nit:NI  
 Cédula ciudadanía:CC   -   
 Cédula extranjería:CE  
 Naturaleza Jurídica  ▼

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento  ▼ Municipio  ▼

Código de Prestador  -

Nombre del Prestador

Clase de Prestador  ▼ Empresa Social del Estado  ▼

Dirección

Teléfono(s)

Fax

Correo Electrónico

Razón Social

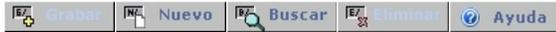
Representante Legal

Nivel Atención Prestador  ▼ Carácter Territorial  ▼

Fecha de Inscripción  Fecha de Vencimiento

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 09 de mayo de 2022 (4:54 p.m.)**





## REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
NIT/CC	<input type="text"/> - <input type="text"/>				
Naturaleza Jurídica	<input type="text"/>				
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>		
Código de Prestador	<input type="text"/> 1100109599 - <input type="text"/>				
Nombre del Prestador	<input type="text"/>				
Clase de Prestador	<input type="text"/>	Carácter Territorial	<input type="text"/>		
Empresa Social del Estado	<input type="text"/>	Nivel Atención Prestador	<input type="text"/>		
DATOS DE LA SEDE					
Departamento	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>		
Código de la Sede	<input type="text"/> - <input type="text"/>	Sede principal	<input type="text"/>		
Nombre de la Sede	<input type="text"/>				
Gerente	<input type="text"/>			Zona	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>			Barrio	<input type="text"/>
Centro poblado	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>		
Teléfono(s)	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>		
Fecha de Apertura	<input type="text"/>				

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: **lunes 09 de mayo de 2022 (4:55 p.m.)**



(10) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Prestador	Nombre Prestador	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Zona	Dirección
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	01	CLINICA DEL COUNTRY IPS	URBANA	CRA 16 # 82 57
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	03	SEDE SAN SEBASTIAN	URBANA	CRA 16 # 82 74 CONS 619 313 314 y 315
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	05	CENTRO DE ONCOLOGIA CLINICA DEL COUNTRY	URBANA	CL 83 No 16A 10: P1, P2, P3: CONS. 302, CUBICULO 2, P4, P5
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	07	CENTRO DE SERVICIOS AMBULATORIOS DEL COUNTRY	URBANA	CARRERA 16 No 84A - 09 Cons 321 y 322 Local 5
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	08	CENTRO MATERNO FETAL Y NEONATAL CLINICA DEL COUNTRY	URBANA	Carrera 16 A No 82 . 47 Piso 1 Consultorio 2 y Piso 2 Consultorio 1
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	09	CENTRO DIAGNOSTICO - CLINICA DEL COUNTRY	URBANA	CARRERA 16 No 82 - 32
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	10	UNIDAD MEDICA NUEVA 1 CLINICA DEL COUNTRY	URBANA	CR. 16 A No 82 - 46 CS. 513, 514
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	11	CLINICA DEL COUNTRY - CENTRO DE ONCOLOGIA - UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA, SEDE COLINA	URBANA	CLL 167 NO. 72 - 07 PISO 4B Y 4C
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	12	CLINICA DEL COUNTRY - CENTRO DE ONCOLOGIA - UNIDAD DE CONSULTA Y DIAGNOSTICO, SEDE COLINA	URBANA	CR 67 # 167 - 61 LC8, 10, 11, 12, 13 Y CONSULTORIO 504 Y 505
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100109599	ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	1100109599	13	CLINICA DEL COUNTRY - CENTRO DIAGNOSTICO	URBANA	CR 18 NO. 82 - 39 PISOS 2, 3, 4, 5, 8 Y 9



IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

Entidad Territorial de Salud:		SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ.			
Código y Nombre del Prestador:		1100109599 - ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S			
Ni:Nit / CC:Cédula	Ni:830005028-1	Nombre o razón social:		ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S	
Fecha de inscripción:	2003/04/15	Fecha de vencimiento:	2021/08/31	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO		Carácter Territorial de la Entidad:		
Representante Legal:	GLORIA BEATRIZ MOLINA VARGAS		Dirección administrativa:	KR 16 # 82 57	
Telefono:	5300470 Ext. 1772 - 2973	Fax:	5301302	Email:	notificacionescdc@clinicadelcountry.com
Municipio:	Distrito:BOGOTÁ		Departamento:	Distrito:BOGOTÁ	

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	0	19950605	NORTE	BOGOTA

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

Código y Nombre Sede Principal:		110010959901 - CLINICA DEL COUNTRY IPS			
Dirección:	CRA 16 # 82 57		Barrio:	ANTIGUO COUNTRY	
Telefono:	5300470 Ext. 1772 - 2973	Fax:	5301302	Email:	notificacionescdc@clinicadelcountry.com
Gerente:	GLORIA BEATRIZ MOLINA VARGAS		Fecha de Apertura:	2003/04/15	
Municipio:	Distrito:BOGOTÁ		Departamento:	Distrito:BOGOTÁ	

SEDE ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

Código y Nombre Sede:		110010959901 - CLINICA DEL COUNTRY IPS			
Dirección:	CRA 16 # 82 57		Barrio:	ANTIGUO COUNTRY	
Telefono:	5300470 Ext. 1772 - 2973	Fax:	5301302	Email:	notificacionescdc@clinicadelcountry.com
Gerente:	GLORIA BEATRIZ MOLINA VARGAS		Fecha de Apertura:	2003/04/15	
Municipio:	Distrito:BOGOTÁ		Departamento:	Distrito:BOGOTÁ	

SERVICIOS ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOS P	MOVI	DOMI	OTR A	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
INTERNACIÓN	101	GENERAL ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110678

INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110679
INTERNACIÓN	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110680
INTERNACIÓN	106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20170404	DHS461507
INTERNACIÓN	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20170404	DHS461508
INTERNACIÓN	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110681
INTERNACIÓN	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110682
INTERNACIÓN	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110683
INTERNACIÓN	112	OBSTETRICIA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110684
INTERNACIÓN	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110685
QUIRÚRGICOS	201	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110686
QUIRÚRGICOS	202	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110687
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110688
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110689
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110690
QUIRÚRGICOS	206	CIRUGÍA NEUROLÓGICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110691
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110692
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110693
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110694
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110695
QUIRÚRGICOS	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110696
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110697
QUIRÚRGICOS	214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110698
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110699
QUIRÚRGICOS	219	TRASPLANTE RENAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20090417	DHS110700
QUIRÚRGICOS	227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20100608	DHS110701
QUIRÚRGICOS	231	CIRUGÍA DE LA MANO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20201211	DHS1159986
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20100608	DHS110702
QUIRÚRGICOS	233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20201211	DHS1159987
QUIRÚRGICOS	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20100608	DHS110703
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20100608	DHS110704
QUIRÚRGICOS	241	TRASPLANTE DE TEJIDO OSTEOMUSCULAR	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20090417	DHS110705
URGENCIAS	501	SERVICIO DE URGENCIAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110707
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	701	DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110708
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20150310	DHS240848
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	704	NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20091117	DHS110709
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	705	HEMODINAMÍA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030415	DHS110710
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20210315	DHS1166117
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20110222	DHS110711

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20210315	DHS1166112
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20191001	DHS110712
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	718	LABORATORIO DE PATOLOGÍA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20200819	DHS1119218
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20110222	DHS110713
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	725	ELECTRODIAGNÓSTICO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20160920	DHS399551
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	20170404	DHS461509
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	20170404	DHS461510
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	732	ECOCARDIOGRAFÍA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20091117	DHS110714
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	20170404	DHS461511
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	20170404	DHS461512
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	.	.	.	.	.	.	.	.	SI	NO	NO	20210315	DHS1166113
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20091117	DHS110715

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO. ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

**CONVENCIONES:**

AMB: Intramural Ambulatorio

HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil

DOMI: Extramural Domiciliario

OTRA: Extramural Otras

CR: Telemedicina Centro Referencia

IR: Telemedicina Institución Remisora

BAJA: Complejidad Baja

MEDI: Complejidad Media

ALTA: Complejidad Alta

**CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD. ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.**

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CAMAS	PEDIÁTRICA	37
CAMAS	ADULTOS	114
CAMAS	OBSTETRICIA	25
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	10
CAMAS	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	6
CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	6
CAMAS	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	6

CAMAS	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	1
CAMAS	CUIDADO INTENSIVO ADULTO	18
CAMAS	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	2
SALAS	QUIRÓFANO	14
SALAS	PARTOS	2

**DETALLE AMBULANCIAS ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.**

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

-----  
**Señor PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD:**

1. Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian(Artículo 12, Resolución 2003 de 2014.), ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes como se menciona en el numeral 3.5 de la Hoja No. 206 de la Resolución 2003 de 2014, hasta cuando no realice el anterior proceso, NO se considerará radicada la novedad y no se verá reflejada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, lo anterior dentro lo normado en la Resolución 2003 de 2014).

2. Esta información NO ES VALIDA como CONSTANCIA DE HABILITACION, es una visualización, para conocer el estado actual de la inscripción del prestador de servicios de salud, antes de realizar su NOVEDAD.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Impreso por: 110010959901

Versión 1.0.

Fecha de impresión: martes 06 de abril de 2021 (8:02 a. m.).

**Póliza Ant.:**

<b>Ramo</b> I2 RESPONSABILIDAD	<b>Operación</b> 22 Aum con mov p	<b>Póliza</b> 45855	<b>Anexo</b> 2	<b>Referencia</b> 12004585500002
<b>Sucursal</b> 03 BOGOTA	<b>Vigencia del Seguro</b> Año Mes Día Hora <b>Desde</b> 2021 06 15 00	<b>Hasta</b> 2021 11 30 24	<b>Fecha de Emisión</b> Año Mes Día 2021 06 22	
<b>Tomador</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A. <b>Dirección</b> CRA 16 82 57 000000			<b>C.C. O NIT</b> 8300050281 <b>Ciudad</b> BOGOTA	
<b>Asegurado</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A. <b>Dirección</b> CRA 16 82 57 000000			<b>C.C. O NIT</b> 8300050281 <b>Ciudad</b> BOGOTA	
<b>Beneficiario</b> TERCEROS AFECTADOS <b>Dirección</b> ND			<b>C.C. O NIT</b> 11111 <b>Ciudad</b> -	
<b>Intermediario</b> 22070 ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES 41683 CAZ ASESORES DE SEGUROS LTDA				

**Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.**

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA LA PÓLIZA HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2021 A LAS 24:00 HORAS.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

**La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.**

La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

CLIENTE

Valor Prima	257.430.000,00	\$COP
Gastos Exped.	0,00	\$COP
I.V.A.	48.911.700,00	\$COP
<b>Total a Pagar</b>	<b>306.341.700,00</b>	<b>\$COP</b>

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirentes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a [www.chubb.com/co](http://www.chubb.com/co) opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico [emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com](mailto:emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com)

TOMADOR

Chubb Seguros Colombia S.A.

**Referencia de Pago**  
12004585500002

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Tomador** ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.

Citibank Cta Ahs. 5019884025

Bancolombia Cta Cte 04802651807

Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter

Davivienda Cta Cte 516990066

**Forma de Pago**

Efectivo		\$
Cheque	Cod Bco	\$
Cheque	Cod Bco	\$
<b>Total a pagar</b>		\$

También puede realizar el pago en línea a través de nuestra página web [www.chubb.com.co](http://www.chubb.com.co)

Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)



415770999800062980201200458550000239000000000009600000000

(415)7709998000629(8020)12004585500002(3900)000000000(96)00000000



Nit 860.026.518-6

<b>Referencia de Pago Electrónico</b> <b>12004585500002</b>
Fecha Límite de pago: 22 de Julio de 2021

### Cupón de Pago

Cuota  de

<b>Tomador</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
Pagos en Línea a través de <a href="http://www.chubb.com/co">www.chubb.com/co</a>	

Forma de Pago		
Efectivo		\$
Cheque	Cod Bco	\$
Cheque	Cod Bco	\$
<b>Total a pagar</b>		\$

Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)

CLIENTE



Nit 860.026.518-6

<b>Referencia de Pago Electrónico</b> <b>12004585500002</b>
Fecha Límite de pago: 22 de Julio de 2021

### Cupón de Pago

Cuota  de

<b>Tomador</b> ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
Pagos en Línea a través de <a href="http://www.chubb.com/co">www.chubb.com/co</a>	

Forma de Pago		
Efectivo		\$
Cheque	Cod Bco	\$
Cheque	Cod Bco	\$
<b>Total a pagar</b>		\$

Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)



0275120045855000020141700009

ENTIDAD BANCARIA

## Detalle de Vencimientos

Sección	Póliza	Endoso
12 RESPONSABILIDAD CIVIL	45.855	2

Asegurado
ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.

Productor
MULTIBROKER

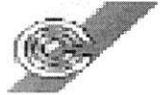
Nro. Cuota	Vencimiento	Importe
01	22/07/2021	\$ 306341700.00

Premio Total en Moneda: \$ 306341700.00

Factor de Cambio: 1,0000

# CAMARA COLOMBIANA DE LA CONCILIACION

Autorizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho RES. 0030 de 2003



Av. Calle 19 No. 7-48 piso 10 Bogotá-Colombia Tel.- 5800548 Cel. 3208623517  
www.camaracolombianadelaconciliacion.com e-mail: secretaria@camaracolombianadelaconciliacion.com  
Bogotá D. C. Noviembre 06 de 2021

Señores:

**ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**  
Representante legal o quien haga sus veces  
Carrera 16 No. 82 – 57  
notificacionescdc@clinicadelcountry.com  
La ciudad

Recibido **Físico**  
Firma **Adriana Beltrán**  
Secretaría General y Jurídica  
Administradora Country S.A.  
F: 10-11-21 H: 13:30

REF: CITACION AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN LEY 640/01

Solicitud No. **20210100388**

Solicitante: **PABLO ISAZA RUIZ, LUIS GUILLERMO ISAZA GOMEZ, XIMENA RUIZ CAMERO y CAMILO ISAZA RUIZ,**

Citado: **ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S.**

Cordial Saludo:

Por medio del presente informamos a usted que, en virtud de la solicitud de conciliación radicada en el centro de conciliación de la Cámara Colombiana de la Conciliación, autorizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho, mediante Resolución No. 038/03 y en uso de las facultades otorgadas en el artículo 8 numeral 2 y artículo 20 inciso segundo de la ley 640 de 2001 y el decreto 491 de 2020, por lo anterior se le notifica para que comparezca de forma virtual a la audiencia de conciliación que se realizará el día **diecisiete (17) de Noviembre de 2021, a la hora de las nueve de la mañana (9:00 am)**.

Para dar inicio a la audiencia debe dar click en el siguiente link:

<https://zoom.us/j/4511311224> Contraseña: **555336**

Previo a su conexión para atender la audiencia, deberá diligenciar el siguiente formulario de registro y seguir las instrucciones allí indicadas: <https://bit.ly/2RHqYS2>

La presente notificación se hace de conformidad con el artículo 20 de la Ley 640 de 2001, art. 10 Dto 491/2020 y Ley 527/99, es por ello que solicitamos tome las medidas necesarias y comparezca virtualmente a la audiencia el día y la hora indicada, toda vez que la no comparecencia dará lugar a la sanción prevista en el artículo 22 de la Ley 640 de 2001.

En caso de alguna duda o inconvenientes comunicarse al PBX 5800548 Op. 1 ó al cel. 3208623517, email: [secretaria@camaracolombianadelaconciliacion.com](mailto:secretaria@camaracolombianadelaconciliacion.com)

**ADVERTENCIA:** CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 291 EN CONCORDANCIA CON EL 612 DEL C.G.P. Y 197 DE LA LEY 1437 DE 2011; LA NOTIFICACION POR CORREO ELECTRONICO Y HACE LAS VECES DE NOTIFICACION PERSONAL.

**POR FAVOR ACUSAR RECIBIDO DE ESTE MENSAJE, GRACIAS**

Atentamente,

**ADRIANA ROJAS BARRERA**

Conciliador (a) en derecho.

Elaborado: YUDY AVILA

**VIGILADO** Ministerio de Justicia y del Derecho

GCON-F-6, VERSIÓN:01-FECHA:27/05/2013

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.  
Nit: 860.026.518-6  
Domicilio principal: Bogotá D.C.

**MATRÍCULA**

Matrícula No. 00007164  
Fecha de matrícula: 21 de marzo de 1972  
Último año renovado: 2022  
Fecha de renovación: 15 de marzo de 2022  
Grupo NIIF: GRUPO II

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: Cra 7 71 21 To B Piso 7  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico: [notificacioneslegales@chubb.com](mailto:notificacioneslegales@chubb.com)  
Teléfono comercial 1: 3266200  
Teléfono comercial 2: No reportó.  
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cra 7 71 21 To B Piso 7  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico de notificación: [notificacioneslegales@chubb.com](mailto:notificacioneslegales@chubb.com)  
Teléfono para notificación 1: 3266200  
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.

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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 No. 0809 Notaría 10 de Bogotá del 11 de marzo de 1.988 inscrita el 14 de marzo de 1.988 bajo el No.231117 del libro IX, la sociedad cambió el nombre de: "SEGUROS COLINA S.A. Por el de: CIGNA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Por Escritura Pública No. 000809 de Notaría 10 de Bogotá, D.C. del 11 de marzo de 1988, inscrita el 17 de marzo de 1988 bajo el No. 00217391 del libro IX, la sociedad cambió el nombre por: CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

Por E.P. No. 1071 de la Notaría 10 de Bogotá del 4 de abril de 1988, inscrita el 15 de abril de 1988 bajo el No. 233521 del libro IX, la sociedad se fusiono, absorbiendo a la compañía la CONTINENTAL COMPAÑIA DE SEGUROS GENERALES S.A.

Por Escritura Pública No. 003583 de Notaría 18 de Santa Fe de Bogotá, D.C. Del 07 de septiembre de 1999, inscrita el 14 de septiembre de 1999 bajo el No. 00696123 del libro IX, la sociedad cambió el nombre de: CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A., por el de: ACE SEGUROS S.A.

Por Escritura Pública No. 1498 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 25 de octubre de 2016, inscrita el 1 de noviembre de 2016 bajo el Número 02154138 del libro IX, la sociedad de la referencia (absorbente) absorbe mediante fusión a la sociedad CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. La cual se disuelve sin liquidarse, transfiriendo en bloque la totalidad de sus activos y pasivos.

Por Escritura Pública No. 1482 de la Notaría 28 de Bogotá D.C. Del 21 de octubre de 2016, inscrita el 1 de noviembre de 2016 bajo el Número 02154169 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: ACE SEGUROS S.A., por el de: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

**ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE**

## CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51

Recibo No. 0922032330

Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadosselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadosselectronicos) 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.

---

Mediante Oficio No. 2436 del 20 de agosto de 2019, inscrito el 30 de Agosto de 2019 bajo el No. 00179553 del libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bucaramanga, comunicó que en el Proceso Verbal (Responsabilidad Civil Extracontractual) No. 680013103004201900196-00 de Aminta Gaona de Prada, Eliecer Gaona Martínez y Eduardo Gaona Martínez, contra: AUTOPISTAS DE SANTANDER S.A. y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0499 del 06 de marzo de 2020, el Juzgado 4 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso demanda verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23-001-31-03-004-2020-00035-00 de: David Jose Morinson Negrete CC. 1.067.881.227, Contra: Jaime Andrés Uribe Ballena CC. 1.065.889.878, BANCO BBVA COLOMBIA SA, el cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de Agosto de 2020 bajo el No. 00184902 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 02693 del 06 de julio de 2021, el Juzgado Cuarenta y Ocho Civil de Circuito, inscrito el 12 de agosto de 2021 con el No. 00191100 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual No. 48-2021-00286 de Yesica Hernández Mora C.C. 1.085.180.175 en nombre propio y en representación de sus hijos menores Jeisson David y Matías Andrés Hernández Hernández; Claudia Fajardo Piza C.C. 52.330.662, Efraín Hernández Hernández C.C. 80.512.876, Anyi Carina Hernández Fajardo C.C. 1.014.251.434, Marian Hasleidy Hernández Fajardo C.C. 1.127.586.044, María Pissa Ibagué C.C. 23.780.367 y Honorio Fajardo Merchán C.C. 1.090.389., Contra: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., LEASING BANCOLOMBIA S.A., ADISPETROL S.A. Y José Gilberto Bejarano Urrea C.C. 4.150.435.

## TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 8 de octubre de 2069.

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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.

---

**OBJETO SOCIAL**

La sociedad tendrá por Objeto Principal la realización de operaciones de seguro, bajo las modalidades y ramos facultados expresamente por la superintendencia bancaria y aquellas previstas en la ley con carácter especial. Así mismo, podrá efectuar operaciones de reaseguro en los términos que establezcan las disposiciones legales sobre el particular, o las de cualquier otro país donde establezca sucursales o agencias. En desarrollo de su Objeto Principal, la sociedad podrá ejecutar toda clase de negocios afines al de seguro que la ley colombiana autorice a las compañías de seguros generales o comerciales, sea que estos negocios se desarrollen en el país o en el exterior y hacer las inversiones en bienes raíces o muebles legalmente permitidas, pudiendo participar en otras sociedades de cualquier tipo y cualquiera que sea su objeto, ya sean constituidas o en el acto de su constitución. Además, la sociedad podrá dar y recibir créditos, recibiendo u otorgando garantías reales y personajes, adquirir y enajenar a cualquier título toda clase de bienes muebles e inmuebles, gravarlos a cualquier título y cambiarles su forma, celebrar el contrato comercial de cambio en todas sus manifestaciones y, en consecuencia, aceptar, girar, descontar, adquirir, endosar, garantizar, protestar, dar en garantía toda clase de títulos valores, así como para realizar operaciones de libranza, y en general, ejecutar o celebrar toda clase de actos lícitos que tiendan directamente a la realización de su Objeto Social principal y las que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legal o convencionalmente derivadas de la existencia y actividad de la sociedad.

**CAPITAL****\*\* CAPITAL AUTORIZADO \*\***

Valor : \$66,006,502,303.00  
No. de Acciones : 1,449,809,040.00  
Valor Nominal : \$45.5277215701456

**\*\* CAPITAL SUSCRITO \*\***

Valor : \$66,006,502,303.00  
No. de Acciones : 1,449,809,040.00  
Valor Nominal : \$45.5277215701456

## CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51

Recibo No. 0922032330

Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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.

## \*\* CAPITAL PAGADO \*\*

Valor : \$66,006,502,303.00  
No. de Acciones : 1,449,809,040.00  
Valor Nominal : \$45.5277215701456

## NOMBRAMIENTOS

## ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

## JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No. 94 del 31 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2021 con el No. 02733175 del Libro IX, se designó a:

## PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Manuel Francisco Obregon Trillos	C.C. No. 000000079151183
Segundo Renglon	Oscar Luis Afanador Garzon	C.C. No. 000000019490945
Tercer Renglon	Xavier Antonio Pazmino Cabrera	P.P. No. 000000908889264
Cuarto Renglon	Fabricio Sevilla Muñoz	P.P. No. 000001707261366
Quinto Renglon	Vivianne Sarniguet Kuzmanic	P.P. No. 000000P08841264

## SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Ivonne Vasconsellos Orozco	C.C. No. 000000049786217
Segundo Renglon	Gloria Stella Garcia Moncada	C.C. No. 000000039782465

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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.

-----

Tercer Renglon	Roberto Salcedo	P.P. No. 000000488390096
Cuarto Renglon	Pablo Korze Hinojosa	P.P. No. 000000P12531144
Quinto Renglon	Jaime Chaves Lopez	C.C. No. 000000079693817

**REVISORES FISCALES**

Por Acta No. 94 del 31 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2021 con el No. 02733176 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	PWC CONTADORES AUDITORES SAS	Y N.I.T. No. 000009009430484

Por Documento Privado No. 220844 del 12 de octubre de 2018, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de diciembre de 2018 con el No. 02402761 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Claudia Yamile Ruiz Gerena	C.C. No. 000000052822818 T.P. No. 129913-T

Por Documento Privado del 26 de abril de 2021, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2021 con el No. 02733177 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Soraya Milay Parra Ricaurte	C.C. No. 000001016020333 T.P. No. 207157-T

**PODERES**

Por Escritura Pública No. 1442 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 3

## CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51

Recibo No. 0922032330

Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadosselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadosselectronicos) 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 noviembre de 2015, inscrita el 2 de diciembre de 2015 bajo el No. 00032689 del libro V, compareció Oscar Javier Ruiz Mateus identificado con cédula de ciudadanía No. 79.341.937 de Bogotá D.C., en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Jaime Rodrigo Camacho Melo, Varón colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en Bogotá D.C., identificado con Cédula Ciudadanía No. 79.650.508 expedida en Bogotá y con la tarjeta profesional de abogado número 75.792 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura para que Represente Legal, jurídicamente y judicialmente a ACE SEGUROS S.A., en todos los asuntos de carácter administrativo, judicial, extrajudicial y arbitral, que conciernan a ACE SEGUROS S.A., y para que lleve a cabo los siguientes actos, en cualquier orden y sin consideración a su cuantía y calidad. 1, Representación: para que represente a ACE SEGUROS S.A., ante cualquier persona natural o jurídica, de derecho público o privado, de carácter nacional o internacional y ante cualquiera juzgado, despacho judicial, cuerpo colegiado o tribunal, asamblea, junta, reunión, sociedad, consorcio, corporación, entidad, patrimonio autónomo, establecimiento, oficina, dirección, sección, que pertenezcan o no, o que estén vinculados o adscritos al estado o a la nación, a los departamentos, distritos, municipios, ministerios, departamentos administrativos, empresas industriales y comerciales del estado, establecimientos públicos, sociedad de economía mixta, Notarías y en general a toda la Rama Ejecutiva o Administrativa, Judicial o Jurisdiccional y Legislativa del Poder Público del Estado, en cualquier acto, petición, actuación, diligencia, trámite o proceso en cualquier calidad. El apoderado podrá en representación de ACE SEGUROS S.A., absolver interrogatorios de parte, declarar y confesar. 2. Tribunal de arbitramento: Para que someta a la decisión de árbitros conforme a la ley y normas relacionadas, las controversias susceptibles de transacción relativas a los derechos y obligaciones de ACE SEGUROS S.A. y para que represente a la mencionada aseguradora donde sea necesario en el trámite de procesos arbitrales. 3. Apoderado judicial: Para que represente a ACE SEGUROS S.A. ante cualquier autoridad jurisdiccional o judicial en toda clase de procesos, juicios, trámites, diligencias, como demandante, demandado, llamado en garantía u otra calidad, sean civiles, comerciales, laborales, contenciosas administrativas, arbitrales y demás jurisdicciones que existan actualmente o puedan existir, teniendo las facultades que le confiere la ley y este mandato en general, más las de notificarse personalmente de toda providencia, contestar demandas

## CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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.

y llamamientos en garantía, presentar e interponer recursos, promover incidentes, recibir, transigir, novar, conciliar, desistir y renunciar, sustituir total o parcialmente y reasumir, y las demás que sean necesarias para que nunca quede sin representación ACE SEGUROS S.A., judicial o extrajudicialmente ante autoridades judiciales, arbitrales o administrativas. 4. Conciliar y transigir: Para que concilie total o (SIC) procesal, judicial o extrajudicialmente, cualquier tipo de (SIC) negocios, ante juez, magistrado, arbitro, notario o conciliador (SIC) general que esté adscrito o haga parte o no de cualquier (SIC) entidad, fundación, asociación, consultorio jurídico, centro (sic) conciliación, centro de arbitraje, etc.; para que transija, (SIC) arregle negocios, pleitos, procesos o trámites y diferencias (SIC) ocurran respecto de los actos y contratos, derechos y obligaciones de ACE SEGUROS S.A. El apoderado en el evento de conciliación podrá presentar al conciliador, o a quien haga sus veces, todas las pruebas, documentos y excusas necesarios o a que haya lugar para que se pueda celebrar la respectiva audiencia. 5. Sustitución y revocación: Para que sustituya y reasuma total o parcialmente el presente poder y revoque sustituciones. 6. General: En general para que asuma la personería de ACE SEGUROS S.A., cuando lo estime conveniente y necesario, de tal modo que en ningún caso quede sin representación en sus negocios. Segundo: revocabilidad: ACE SEGUROS S.A., se reserva expresamente la facultad de revocar total o parcialmente el presente mandato, en cualquier momento y por cualquier razón. Para ello bastará que ACE SEGUROS S.A. Eleve a escritura pública la revocación y solicitud al señor notario para que este ordene, a quien corresponda, hacer la respectiva nota de revocación o cancelación sobre el texto de la presente escritura pública que contiene al presente poder general. Tercero: Vigencia: El presente poder tendrá vigencia indefinida a partir de la fecha de otorgamiento de la presente escritura pública.

Por Escritura Pública No. 1599 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 24 de noviembre de 2016, inscrita el 6 de diciembre de 2016 bajo los No. 00036435 y 00036439 del libro V, compareció Jaime Chaves Lopez, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.693.817 expedida en Bogotá D.C., en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio y suficiente, a favor de Carlos Humberto Carvajal Pabon, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.354.035 y tarjeta profesional Número 33041 del Consejo Superior de la Judicatura y a Gustavo Alberto Herrera Avila, identificado con Cédula de Ciudadanía Número 19.395.114 y con tarjeta profesional número

## CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51

Recibo No. 0922032330

Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadosselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadosselectronicos) 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.

39116 del Consejo Superior de la Judicatura (los apoderados), para que en nombre y representación de la sociedad, realice los siguientes actos: Comparecer en juicio y representar a la sociedad en toda clase de asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos, teniendo todas aquellas funciones y facultades para ejercer dicha representación. Los apoderados en desarrollo de la Representación Legal de la sociedad para asuntos de índole judicial o administrativa, tendrán la facultad de imponerse de toda clase de notificaciones legales, confesar, interponer y sustentar recursos, contestar demandas, demandar y contra demandar, pedir y allegar pruebas, intervenir en todas las etapas, instancias e incidentes de los procesos o actuaciones judiciales o administrativas, rendir informes, absolver interrogatorios en diligencia de confesión judicial y extrajudicial, desistir, conciliar, transigir, recibir, conferir poderes y revocarlos y en general para que asuma la personería y representación de la sociedad CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. En todos aquellos asuntos judiciales o administrativos que estime necesario y conveniente a los intereses de esta sociedad, de manera tan amplia que está ningún caso quede sin representación en dicha clase de asuntos.

Por Escritura Pública No. 1060 de la Notaría 28 de Bogotá, del 02 de octubre de 2018, inscrito el 12 de octubre de 2018 bajo el número 00040208 del libro V, Manuel Francisco Obregón Trillos identificado con cédula de ciudadanía No. 79.151.183 de Bogotá en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente instrumento confiere poder especial, amplio y suficiente a favor de Olivia Stella Viveros Arcila identificada con Cédula de Ciudadanía No. 29.434.260 y/o María Del Mar García de Brigard, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.882.565 y/o Gloria Stella García Moncada, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 39.782.465 y/o Ivonne Orozco Vasconsellos identificada con Cédula de Ciudadanía No. 49.786.217 y/o Carolina Isabel Rodríguez Acevedo, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.417.444 y/o Daniel Guillermo García Escobar identificado con Cédula de Ciudadanía No. 16.741.658 (los apoderados) para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. Los apoderados estarán facultados para negociar, suscribir, actualizar certificaciones derivadas de las mismas. III) Los apoderados tienen la capacidad para sustituir y reasumir este

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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.

-----  
poder.

Por Escritura Pública No. 1585 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 22 de noviembre de 2016, inscrita el 29 de noviembre de 2016 bajo los No. 00036239, 00036240, 00036241, 00036242, 00036243 y 00036244 del libro V, compareció Maria Del Mar Garcia de Brigard identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.882.565 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente a Oscar Luis Afanador Garzon identificado con cédula de ciudadanía No. 19.490.945; y/o a Maria Patricia Aragon Vélez, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 43.510.821; (los apoderados), para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para: I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. Los apoderados estarán facultados para negociar, suscribir, actualizar y cancelar las pólizas de seguros, junto con el otorgamiento de las certificaciones derivadas de las mismas. II) Los apoderados tienen la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

Por Escritura Pública Número 151 de la Notaría 28 de Bogotá D.C, del 19 de febrero de 2019, inscrita el 4 de marzo de 2019 bajo el número 00041007 del libro V, compareció Manuel Francisco Obregón Trillos identificado con Cédula de Ciudadanía Número. 79.151.183 en su calidad de Representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder especial amplio y suficiente a favor de Lorena Gutiérrez Flores, identificada con Pasaporte Número g23204652 (la "apoderada"), para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para: I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. La apoderada estará facultada para negociar, suscribir, actualizar y cancelar las pólizas de seguros, junto con el otorgamiento de las certificaciones derivadas de las mismas. III) La apoderada tiene la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

**REFORMAS DE ESTATUTOS**

REFORMAS:

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
----------------	-------	---------	-------------

## CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51

Recibo No. 0922032330

Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadosselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadosselectronicos) 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.

---

2.844	26-V- 1.992	18 STAFE BTA	27-V- 1.992	NO.366.564
2.142	16- V-1.995	18 STAFE BTA	24- V-1.995	NO.493.932
2.847	19-VI-1.996	18 STAFE BTA.	24-VI-1.996	NO.542.979

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001797 del 19 de mayo de 1999 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00682571 del 1 de junio de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0003583 del 7 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00696123 del 14 de septiembre de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0008226 del 27 de junio de 2000 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00735121 del 29 de junio de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0005349 del 6 de octubre de 2000 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00749625 del 20 de octubre de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0001104 del 21 de agosto de 2001 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	00791851 del 30 de agosto de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0003874 del 3 de mayo de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00827149 del 16 de mayo de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0010754 del 9 de octubre de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00850293 del 25 de octubre de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0001182 del 3 de mayo de 2006 de la Notaría 11 de Bogotá D.C.	01054022 del 9 de mayo de 2006 del Libro IX
E. P. No. 1010 del 22 de abril de 2009 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01293353 del 29 de abril de 2009 del Libro IX
E. P. No. 122 del 22 de enero de 2010 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	01356112 del 25 de enero de 2010 del Libro IX
E. P. No. 660 del 12 de marzo de 2010 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	01368649 del 15 de marzo de 2010 del Libro IX
E. P. No. 642 del 15 de abril de	01828907 del 24 de abril de

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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.

-----

2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	2014 del Libro IX
E. P. No. 1034 del 18 de junio de 2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01849532 del 7 de julio de 2014 del Libro IX
E. P. No. 001634 del 22 de diciembre de 2015 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02052237 del 13 de enero de 2016 del Libro IX
E. P. No. 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02154169 del 1 de noviembre de 2016 del Libro IX
E. P. No. 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02154138 del 1 de noviembre de 2016 del Libro IX
E. P. No. 2024 del 20 de diciembre de 2019 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02537294 del 27 de diciembre de 2019 del Libro IX

**Estatutos**

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARÍA	INSCRIPCIÓN
5100	8- X-1.969	3 Bogotá	10-IX-1.969 No. 26745
1497	16-VIII-1974	11 Bogotá	16-IX-1.974 No. 20935
3933	19-XI -1.976	10 Bogotá	7-XII-1.976 No. 41326
964	9-III-1.982	7 Bogotá	4-VI -1.982 No.116768
4131	1-XII-1.987	10 Bogotá	28-XII-1.987 No.225595
809	11-III-1.988	10 Bogotá	14-III-1.988 No.231117
1067	8-VII-1.988	28 Bogotá	15-VII-1.988 No.240759
2007	7-XII-1.988	28 Bogotá	13-XII-1.988 No.252457
5128	10- XI-1.989	18 Bogotá	21- XI-1.989 No.280317
1740	20-IV- 1.990	18 Bogotá	8-IV- 1.990 No.293613
2010	7- V- 1.990	18 Bogotá	8-IV- 1.990 No.293613
3779	19- VI-1.991	18 Bogotá	27-VI -1.991 No.330796
2844	26- V -1.992	18 STAFE BTA	27-V -1.992 No.366564

**SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL**

Por Documento Privado del 2 de diciembre de 2008 de Representante Legal, inscrito el 3 de febrero de 2009 bajo el número 01272228 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:  
- CHUBB LIMITED

## CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51

Recibo No. 0922032330

Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) 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.

Domicilio: (Fuera Del País)  
Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio  
Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

Por Documento Privado del 11 de febrero de 2016 de Representante Legal, inscrito el 4 de abril de 2016 bajo el número 02089552 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

- CHUBB LIMITED

Domicilio: (Fuera Del País)  
Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio  
Que se ha configurado una situación de grupo empresarial con la sociedad de la referencia.  
Fecha de configuración de la situación de grupo empresarial :  
2016-01-14

Se aclara la situación de control inscrita el 3 de febrero de 2009 bajo el número 01272228 del libro IX, informando que la sociedad matriz CHUBB LIMITED (matriz) ejerce situación de control indirectamente a través de ACE INA INTERNATIONAL HOLDINGS LTD y otras filiales y/o empresas del grupo ACE sobre la sociedad de la referencia (subordinada).

\*\*\*Aclaración Grupo Empresarial\*\*\*

Se aclara que por Documento Privado Sin núm. de Representante Legal del 11 de febrero de 2016, inscrito el 4 de abril de 2016, bajo el número 02089552 del libro IX, en el sentido de indicar que se configura grupo empresarial entre la sociedad matriz CHUBB LIMITED y las subordinadas: CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S A y ACE SEGUROS SA.

\*\*\*Aclaración De Situación de Control Y Grupo Empresarial\*\*\*

Por Documento Privado Sin núm. de Representante Legal del 7 de diciembre de 2016, inscrito el 12 de diciembre de 2016, bajo el número 02164764 del libro IX, se modifica la situación de control inscrita bajo el Registro 01272228 y grupo empresarial inscrito bajo el registro 02089552 del libro IX, en el sentido de indicar que la sociedad matriz CHUBB LIMITED ejerce situación de control y grupo empresarial de manera indirecta sobre la sociedad de la referencia a través de las sociedades: CHUBB GROUP HOLDINGS INC., CHUBB INA HOLDINGS INC., FEDERAL INSURANCE COMPANY, GREAT NORTHERN INSURANCE COMPANY, VIGILANT INSURANCE COMPANY, PACIFIC INDEMNITY COMPANY, INA CORPORATION, CHUBB INA INTERNATIONAL HOLDINGS LTD., AFIA FINANCE

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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.

-----  
CORPORATION, INA FINANCIAL CORPORATION, BRANDYWINE HOLDINGS CORPORATION, INA HOLDINGS CORPORATION, INSURANCE COMPANY OF NORTH AMÉRICA, CENTURY INDEMNITY COMPANY, CENTURY INTERNATIONAL REINSURANCE COMPANY LTD.

**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 lo 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: 6511

**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: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A..  
Matrícula No.: 03212432  
Fecha de matrícula: 31 de enero de 2020  
Último año renovado: 2022  
Categoría: Agencia

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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.

-----  
Dirección: C1 72 10 - 51  
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](http://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 \$ 686.243.531.071

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

**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 : 28 de marzo de 2017. Fecha de envío de información a Planeación : 16 de marzo de 2022. \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%

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha Expedición: 1 de abril de 2022 Hora: 10:13:51  
Recibo No. 0922032330  
Certificado sin costo para afiliado

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 922032330F8FCF**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://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.

-----  
en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a [www.supersociedades.gov.co](http://www.supersociedades.gov.co) para verificar si su empresa 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.



## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 1409791610624995**

Generado el 09 de mayo de 2022 a las 16:18:10

### **ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

#### **EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

#### **CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**

**NIT: 860026518-6**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 5100 del 08 de octubre de 1969 de la Notaría 3 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación SEGUROS COLINA S.A.

Escritura Pública No 809 del 11 de marzo de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

Escritura Pública No 1071 del 04 de abril de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocoliza el acuerdo de fusión mediante el cual, CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A. absorbe a LA CONTINENTAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.

Escritura Pública No 3583 del 07 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por ACE SEGUROS S.A.

Resolución S.F.C. No 1173 del 16 de septiembre de 2016, la Superintendencia Financiera no objeta la fusión por absorción entre Ace Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., protocolizada mediante Escritura Pública No.1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Su domicilio principal será en la ciudad de Bogotá D.C. y cambio su razón social por la de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 645 del 12 de marzo de 1970

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La Sociedad tendrá un Presidente que será Representante Legal de la Compañía y será elegido por la Junta Directiva para períodos de un (1) año, pudiendo ser reelegido indefinidamente o removido en cualquier tiempo. La Junta Directiva nombrará representantes legales adicionales al Presidente, para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente o removidos en cualquier tiempo. Los representantes Legales tomarán posesión ante el Superintendente Financiero.

**FUNCIONES DEL PRESIDENTE:** Corresponde al Presidente las siguientes funciones: a) Representar a la Sociedad y administrar sus bienes y negocios con sujeción a la Ley, a los Estatutos, a las Resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva, con las limitaciones que estos Estatutos le imponen; b) Constituir apoderados judiciales de la Sociedad para tramitación de negocios específicos; c) Constituir apoderados extrajudiciales de la Sociedad ante cualquier autoridad gubernamental o entidad semioficial o particular o ante Notario para la realización de gestiones específicamente determinadas, comprendidas dentro del límite de sus propias atribuciones; d) Celebrar o ejecutar por sí mismo todos los actos y contratos en que la Sociedad haya de ocuparse, pero cuando se trate de adquisición, enajenación o gravamen de bienes raíces,

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.  
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01  
[www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co)



El emprendimiento  
es de todos

Minhacienda

## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## Certificado Generado con el Pin No: 1409791610624995

Generado el 09 de mayo de 2022 a las 16:18:10

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

deberá obtener aprobación de la Junta Directiva si su valor excediere de veinticinco millones de pesos (25.000.000.00) moneda legal; e) Someter a la aprobación de la Junta Directiva, la creación de los cargos de Vicepresidentes y/o Auxiliares Ejecutivos, la creación o supresión de Sucursales y los nombres de las personas designadas para ejercer dichos cargos o para gerenciar las Sucursales; f) Crear los cargos necesarios para el buen funcionamiento de la Sociedad, nombrar a las personas que han de desempeñarlos, señalar sus asignaciones y elaborar los contratos laborales a que hubiere lugar; g) Presentar a la Asamblea General de Accionistas, en su reunión ordinaria anual, un informe escrito sobre la forma en que hubiere llevado a cabo su gestión y las medidas cuya adopción recomiende así como el proyecto de distribución de utilidades, todo lo cual deberá haber sido aprobado por la Junta Directiva; h) Designar Corredores o Agentes de Seguros y celebrar los contratos a que hubiere lugar; i) Autorizar con su firma los balances de la Sociedad, los Títulos de acciones y las copias de las Actas que se expidan, tanto de las reuniones de la Asamblea General de Accionistas como de la Junta Directiva; j) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva; k) Solemnizar las reformas de los Estatutos; l) Llevar a cabo la liquidación de la Sociedad a menos que la Asamblea General de Accionistas designe otro y otros liquidadores; m) Las demás que le asigne o delegue la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva y dar cumplimiento a las órdenes que le impartan dichos organismos. (Escritura Pública 1482 del 21 de octubre de 2016 Notaría 28 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Manuel Francisco Obregón Trillos Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 79151183	Presidente
Olivia Stella Viveros Arcila Fecha de inicio del cargo: 24/09/2015	CC - 29434260	Representante Legal
María Del Mar García De Brigard Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 52882565	Representante Legal
Óscar Luis Afanador Garzón Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 19490945	Representante Legal
Gloria Stella García Moncada Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 39782465	Representante Legal
Daniel Guillermo García Escobar Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 16741658	Representante Legal
Juan Pablo Saldarriaga Arias Fecha de inicio del cargo: 28/04/2022	CC - 1017142329	Representante Legal
María Patricia Arango Vélez Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 43510821	Representante Legal
Carolina Isabel Rodríguez Acevedo Fecha de inicio del cargo: 12/10/2017	CC - 52417444	Representante Legal
Lorena Gutiérrez Flores Fecha de inicio del cargo: 07/02/2019	PASAPORTE - G23204652	Representante Legal



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1409791610624995

Generado el 09 de mayo de 2022 a las 16:18:10

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**NOMBRE**

Luis José Silgado Acosta  
Fecha de inicio del cargo: 27/02/2020

**IDENTIFICACIÓN**

CC - 79777524

**CARGO**

Representante Legal (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020064283-000-000 del día 13 de abril de 2020, la entidad informa que con Acta No. 358 del 27 de marzo de 2020, fue removido del cargo de Representante Legal. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)

Carlos Humberto Carvajal Pabón  
Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016

CC - 19354035

Representante Legal

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, multirriesgo industrial, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, salud y vida grupo. Con Resolución 1451 del 30 de agosto de 2011 Revocar la autorización concedida a ACE SEGUROS S.A, para operar los ramos de Seguro de Vidrios, Salud y Colectivo de Vida, decisión confirmada con resolución 0756 del 25 de mayo de 2012.

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) El ramo de Multirriesgo industrial se debe explotar según el ramo al cual corresponda cada amparo. b) El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.B. No 0746 del 13 de mayo de 2005 Ramo de Seguros de Exequias

Resolución S.F.C. No 0159 del 18 de febrero de 2015 , la Superintendencia Financiera autoriza para operar el ramo de seguros de salud

Escritura Pública No 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Como consecuencia de la absorción de Chubb de Colombia asume los ramos de aviación, vidrios, colectivo de vida autorizados mediante Resolución 5148 del 31 de diciembre de 1991 a Chubb de Colombia. Circular Externa 052 del 20/12/2002 El ramo multirriesgo familiar se explotara bajo el ramo de hogar.

**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES  
SECRETARIO GENERAL**

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.  
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01  
[www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co)



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 1409791610624995**

Generado el 09 de mayo de 2022 a las 16:18:10

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA