RAD: 2022-00075-00 CONTESTACION DEMANDA VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA DE DAYANA ALEXANDRA OROZCO Y UZZI OTHONIEL PINTO VS CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS Y OTROS

4

Parte del contenido de este mensaje se ha bloqueado porque el remitente no está en la lista de remitentes seguros. Confío en el contenido de virgi1159@hotmail.com. | Mostrar contenido bloqueado

virginia villamizar de camacho <virgi1159@hotmail.com>

Para: Juzgado 11 Civil Circuito - Santander - Bucaramanga Mié 22/06/2022 11:36 AM

CC: Juridica CMISL <juridica@clinicasanluis.com.co>; dallexa@gmail.com; oto

CONTESTACION DDA DAYAN... 770 KB

PODER PROCESO DAYANA A... 376 KB

Respuesta petición VANESSA... 129 KB

RP. LEGAL CSL CERTIFICADO ... 98 KB

4 archivos adjuntos (1 MB) Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura

Descargar todo

SEÑOR JUEZ
ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA
E. S. D.

REF: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
DDTE: DAYANA ALEXANDRA OROZCO ORTIZ Y UZZI OTHONIEL PINTO NARANJO
DDOS: CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. Y SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

RD. **68001 3333 011 2022-00075-00**

VIRGINIA VILLAMIZAR DE CAMACHO, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 37.800.461 de Bucaramanga, portadora de la Tarjeta Profesional de Abogada No. 60.962 del C.S. de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada de la codemandada **CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.**,NIT. 890208758-8 representada legalmente por el Dr. CRISTIAN ANGARITA MILLAN, (suplente) de conformidad con el poder conferido que se adjunta, encontrándome dentro de la oportunidad del término del traslado, respetuosamente me permito dar **CONTESTACION** a la demanda, en los siguientes términos.

HC. ADRIAN E. PINTO menor hijo de DAYAA ALEXANDRA OROZCO Y OTRO.pdf

Atentamente,

VIRGINIA VILLAMIZAR DE CAMACHO
Abogada Especializada en Derecho Comercial
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
Calle 35 No. 19-41 OFC 709 Edificio LA TRIADA
Celular 310337911

SEÑOR JUEZ
ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA
E. S. D.

REF: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
DDTE: DAYANA ALEXANDRA OROZCO ORTIZ Y UZZI OTHONIEL PINTO NARANJO
DDOS: CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. Y SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

RD. **68001 3333 011 2022-00075-00**

VIRGINIA VILLAMIZAR DE CAMACHO, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 37.800.461 de Bucaramanga, portadora de la Tarjeta Profesional de Abogada No. 60.962 del C.S. de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada de la codemandada **CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A**.,NIT. 890208758-8 representada legalmente por el Dr. CRISTIAN ANGARITA MILLAN, (suplente) de conformidad con el poder conferido que se adjunta, encontrándome dentro de la oportunidad del término del traslado, respetuosamente me permito dar **CONTESTACION** a la demanda, en los siguientes términos.

A LAS PRETENSIONES

Mi representada **SE OPONE** a todas y cada una de las pretensiones DECLARATIVAS Y DE CONDENA invocadas en el libelo de la demanda por los demandantes DAYANA ALEXANDRA OROZCO ORTIZ, UZZI OTONIEL PINTO NARANJO Y Otro por cuanto carecen de fundamento fáctico y jurídico, y por el contrario, se solicita desde ahora que se declare la prosperidad de las excepciones que a continuación propondré con la consiguiente SENTENCIA ABSOLUTORIA para la parte demandada y en particular para la **CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A**.

A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS:

A LA PRIMERA, ME OPONGO a que se declare que la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A es civilmente responsable de manera extracontractual por los perjuicios extrapatrimoniales, según ellos, causados a los señores DAYANA ALEXANDRA OROZCO ORTIZ, y al señor UZZI OTHONIEL PINTO NARANJO, y a su menor hijo ADRIAN PINTO OROZCO, con ocasión de la infección nosocomial o intrahospitalaria, presuntamente contraída en las instalaciones de la CLINICA.

LAS DELARACIONES DE CONDENA:

A LA SEGUNDA: **ME OPONGO** a que se CONDENE a pagar a la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A por los perjuicios extrapatrimoniales, por DAÑO MORAL y DAÑO A LA VIDA DE RELACION, según ellos, causados a los señores DAYANA ALEXANDRA OROZCO ORTIZ, y al señor UZZI OTHONIEL PINTO NARANJO, y a su menor hijo ADRIAN PINTO OROZCO, con ocasión de la infección nosocomial o intrahospitalaria, presuntamente contraída en las instalaciones de la CLINICA.

A LA TERCERA: **ME OPONGO** al igual que las anteriores y con los mismos fundamentos, me opongo a cualquier tipo de condena

A LA CUARTA: ME OGONGO. al igual que las anteriores y con los mismos fundamentos, me opongo a cualquier tipo de condena

En la Clínica San Luis S.A., los procesos de limpieza y desinfección de equipos médicos y superficies ambientales se encuentran estandarizados con el fin de prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, controlando los microorganismos que puedan existir, en superficies ambientales, que comprenden: superficies generales (pisos, paredes, techos…) y superficies de equipos médicos

Así mismo en la Clínica San Luis mejoramos continuamente las condiciones de trabajo, salud y ambiente del personal de salud y de la comunidad en general, a través del desarrollo de los lineamientos de bioseguridad establecidos en el Manual de Bioseguridad cumpliendo con los requisitos de la normatividad vigente, creando una cultura de prevención de enfermedades infecciosas. Estas normas universales constituyen las medidas preliminares para todo tipo de procedimiento en todos los servicios de la Clínica, siendo de obligatorio cumplimiento y no se admite ningún tipo de excusa por su incumplimiento o desconocimiento siendo estas un valioso recurso para aliviar la tensión por el riesgo inherente a las actividades en la prestación de la atención en salud.

RAZONES DE LA OPOSICION A LA QUE ME ACABO DE REFERIR

Frente a los hechos planteados por los accionantes, es importante resaltar lo siguiente:

El paciente ADRIAN PINTO OROZCO menor hijo **de los accionantes DAYANA ALEXANDRA OROZCO y UZZI OTHONIEL PINTO**, con cobertura de **SURA EPS** en calidad de beneficiaria, recibió de la Institución demandada que represento toda la atención sanitaria requerida con que cuenta la institución de acuerdo al nivel de complejidad siendo atendida por un excelente equipo médico conformado por el siguiente equipo:

HERNANDEZ MANTILLA GISELA -	MEDICO GENERAL-
MORA BAUTISTA VICTOR MANUEL -	MEDICO PEDIATRA-
BAREÑO NIÑO ROSA LILIANA -	MEDICO PEDIATRA -
LOBO QUINTERO DANUIL -	MEDICO PEDIATRA -
RAMIREZ FUENTES JONATHAN GELER -	MEDICO PEDIATRA -
MORENO LOZANO SANDRA JANNETH -	MEDICO NEUMOLOGO -
ORTIZ LIZCANO CARLOS JOSE -	MEDICO PEDIATRA -

Conforme a lo extractado de la Historia Clínica del paciente ADRIAN PINTO OROZCO tenemos lo siguiente:
Se trata de un menor de 4 meses de edad que es traído a consulta en el servicio de urgencia por presentar sintomatología respiratoria consistente en rinorrea hialina, congestión nasal, tos con movilización de secreciones, rubicundizante, no cianosante, no emetizante, de aproximadamente una semana de evolución que al examen físico se le encuentra **roncus pulmonares que denotan algún grado de obstrucción a nivel de vías respiratorias asociado a presencia de fiebre, que son signos sugestivos de patología pulmonar.** Producto de esta evaluación se ordena la realización de ayudas diagnosticas como son radiografía de tórax, hemograma y terapia con realización de micronebulizaciones. Paraclínicos que son evaluados en subsiguientes horas con interpretación preliminar de no estar alterados, sin embargo, con persistencia de los síntomas en el menor, incluida la fiebre por lo cual se amplía solicitud de paraclínicos y se le da manejo terapéutico para mitigar la fiebre y se solicita dejar en observación para seguimiento (8 horas después de consulta inicial); hasta el momento manejando como impresión diagnostica de Bronquiolitis (proceso infeccioso de origen viral).

Como parte de su evaluación de seguimiento en observación (17 horas después de consulta) persiste febril e irritable con hallazgos patologías en ambos campos pulmonares; con abdomen distendido que impresiona doloroso a la evaluación, se amplía realización de paraclínicos y se evalúa el solicitado como prueba rápida para detección de virus más frecuente de bronquiolitis que es el sincitial respiratorio, el cual reporta negativo. Como parte de rutina de evolución y seguimiento es valorado en observación sobre las 00:18 horas del día 19 de agosto (20 horas después del ingreso) con hallazgos de persistencia de irritabilidad, distensión de asas intestinales, laboratorio de PCR muy elevado (cobra relevancia en procesos inflamatorios o infecciosos) razón por las cuales se plantea realizar punción lumbar (procedimiento diagnóstico para descartar alteración o proceso infeccioso a nivel de sistema nervioso central) y laboratorios adicionales como son los hemocultivos y ecografía abdominal ; desde el punto de vista terapéutico se prescribe inicio de antibioticoterapia con Ampicilina-Sulbactam dado que la impresión diagnostica migra o se amplía a una infección de origen bacteriano.
A partir de este momento se empieza a contemplar como posibilidad diagnostica una septicemia de origen no identificado y se pone en duda el de bronquiolitis. Su sintomatología respiratoria aumenta y a nivel de Rx de tórax se visualiza una imagen neumónica caracterizada por derrame pleural y neumotórax por lo cual se re direcciona terapia antibiótica cambiando hacia piperacilina tazobactam y vancomicina y posteriormente a ceftriaxona con

enfoque diagnóstico de neumonía por estafilococo o neumococo por los hallazgos radiológicos característicos. Progresivamente por el compromiso presentado el menor requirió manejo en unidad de cuidado intensivo pediátrico para soporte ventilatorio, estando allí por espacio de 21 días y recibiendo manejo conservador con terapia antibiótica de amplio espectro, soporte ventilatorio, terapia respiratoria. Por evolución estacionaria y sospecha de fistula broncopleural se considera necesario llevar a cirugía con realización de procedimiento quirúrgico a nivel pulmonar (toracotomía +decorticación) en el día 17 de hospitalización y 13 de estancia en UCIP). Posterior a procedimiento superado su postoperatorio inmediato se ubica en unidad de cuidado intermedio, sin ventilación mecánica, continuando terapia antibiótica, con toracotomía, soporte de traía respiratoria presenta evolución favorable con egreso hospitalario para el día 15/09/16.

Posterior al procedimiento quirúrgico y derivado de las muestras tomadas allí se aisló como germen infectante a un Staphylococcus Aureus. **Los Estafilococos son una familia de bacterias Gram positivas de amplia distribución en el mundo. La bacteria *Staphylococcus aureus* está presente en la nariz (por lo general de forma temporal) de cerca del 30% de los adultos sanos y en la piel de cerca del 20% de estos**. Puede producir una amplia variedad de patologías que van desde las más leves como las cutáneas (foliculitis) hasta las más graves como osteomielitis, sepsis, endocarditis, neumonía.

La forma más frecuente de propagación de persona a persona es por contacto directo, a través de objetos contaminados. Los **portadores** son personas que tienen la bacteria, pero no presentan sintomatología alguna trasladando las bacterias de su nariz a otras partes del cuerpo con sus manos, lo que en ocasiones puede provocar la infección. Esta situación también es compartida obviamente por el personal asistencial de los centros médicos.

En este caso en particular el menor ingresa con sintomatología franca de un proceso infeccioso pulmonar dado por presencia fiebre y ruidos respiratorios alterados, que por la edad de menor como primera instancia se consideró con la impresión diagnostica de bronquiolitis, que es una patología también tracto respiratorio de origen viral, frecuente en esta edad y asociada a temporada de lluvias. De hecho, mediante pruebas se descartó infección por el germen viral más común para esta patología que es el virus sincitial respiratorio (VSR). Durante su proceso de atención inicial no presento mejoría con relación a síntomas y motivo de consulta por lo cual el equipo médico que atendió tuvo que ampliar su perfil diagnóstico, incluso descartando patología de infección a nivel de sistema nervioso central y gastrointestinal. En las siguientes horas con afloramiento de más sintomatología se considera inicio de antibiótico por los indicios de infección bacteria aun cuando no se tenía claro el foco primario; posteriormente en hallazgos radiológicos se comprueba la presencia de un proceso neumónico. Basado en lo anterior, el inicio de síntomas, el motivo de consulta y la instauración y progresión de la patología no existe certeza que su proceso infeccioso haya sido mediante contagio intrahospitalario, teniendo en cuanta también la amplia distribución y presencia del germen aislado en la población en general como flora bacteriana colonizadora.

De acuerdo a lo anterior, tenemos que este paciente ingreso con síntomas respiratorios compatibles con una neumonía izquierda complicada con derrame **adquirida en comunidad** y dentro de las primeras 72 horas de su estancia hospitalaria crece el germen aislado en liquido pleural (S.Aureus), por lo que **no cumple con criterios para considerarse una infección asociada a la atención en salud**, ya que el crecimiento de este germen se considera igualmente adquirido en la comunidad.

Por lo anterior, quedará probado que los diagnósticos de las infecciones pulmonares del menor ADRIAN PINTO OROZCO, no se debió en forma alguna a que la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. cumpliera imperfectamente con sus obligaciones, o que se presentara mora en las mismas o que estas definitivamente no se satisficieran. Todo lo contrario, mi representada siempre estuvo atenta a cumplir con sus obligaciones contractuales, suscrito con **SURA EPS** para la atención del paciente, menor hijo de los accionantes y demás pacientes en situaciones de índole similar.

A LOS HECHOS:

AL HECHO PRIMERO. Es un hecho que no le consta a mi representada CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A

AL HECHO SEGUNDO. Es cierto, el nacimiento del menor, hijo de la accionante, nacido en las instalaciones de la CLINICA MATERNO INFANTL SNA LUIS S.A, y así consta en la historia clínica que se adjunta.

AL HECHO TERCERO: ES UNA VERDAD A MEDIAS. NO SE ACEPTA.
Para mayor claridad del Despacho judicial, se transcribe la anotación que aparece en la historia clínica, autentica, del menor ADRIAN PINTO OROZCO que se adjunta en formato digital:

> ***"18/08/2016 04:11 HRS INGRESO URGENCIAS Dra. Gisela Hernández Mantilla MD. General.***
> *Paciente masculino de 4 meses de edad con cuadro clínico de 1 semana de evolución caracterizado por rinorrea hialina, congestión nasal, tos con movilización de secreciones, rubicundizante, no cianosante, no emetizante, en manejo con dolex 0.9cc, lavados nasales, por lo que decide consultar no refiere nexo de contagio*
>
> ***Examen Físico***
> *Peso (kg) 6.30 Temperatura 38.10 Talla (cm) 63.00 Frec. Cardiaca 161.00*
> *Frec. Respiratoria 36.00 Sat. Oxigeno(%) .00 Sistólica 78.00 Diastólica .00*
>
> *Aceptable estado general, alerta activo reactivo, esta hidratado, sin lesiones en piel.*
> *Rscsrs sin soplos, pulsos de adecuada intensidad y frecuencia, llenado capilar menor de 2 segundos*
> *tórax simétrico sin lesiones sin retracciones, murmullo vesicular con roncus escasos en ambos campos pulmonares.*
> ***Análisis***
> *Paciente masculino de 4 meses de edad con cuadro clínico compatible con síndrome febril, ira, se decide toma de paraclínicos, micronebulizacion y revaloración posterior. Se solicitó hemograma, uronanalisis, radiografía de tórax y realización micronebulizaciones.*
>
> ***18/08/2016 07:23 HRS REVALORACIONURGENCIAS Dra. Sheila López Sánchez MD. General.***
>
> *Paciente con cuadro de bronquiolitis primer episodio sibilante a acompañado de fiebre con hemograma dentro de los límites de normalidad con radiografía de tórax normal en el momento continua con broncobstruccion sobreagregados no tirajes por lo que se decide:*
> *plan*
> *1- MNB con ssn hipertónica + 0.5 cc epinefrina cada 40 min numero 3 + lavado nasal*
> *2- p / uro análisis*
> *3- revaloración posterior.*
>
> ***18/08/2016 11:28 HRS REVALORACIONURGENCIAS Dra. Sheila López Sánchez MD. General.***
>
> *paciente con cuadro de bronquiolitis en el momento continua con broncobstruccion sobreagregados con persistencia de la fiebre con paraclínicos normales se comenta con la Dra. Karen Guerrero pediatra de turno por lo que se decide:*
>
> *1- observación*
> *2- MNB con ssn hipertónica + 0.5 cc epinefrina cada 4 horas + lavado nasal*
> *3- ss virus sincitial respiratorio*
> *4- acetaminofén susp dar 3 cc cada 6 horas*
> *5- Dipirona 125 mg im ahora*
> *6- curva térmica*
> *7- csv -ac"*

AL HECHO CUARTO. NO ES CIERTO. DEBERA PROBARLO FRENTE A LA HISTORIA CLINICA.
Deberá probar el libelista que para el momento del ingreso del menor a la CLINICA MATERNO INFANIL SAN LUIS S.A., "existía en la entidad hospitalaria agentes infecciosos

AL HECHO QUINTO: NO ES CIERTO. DEBERA PROBARLO FRENTE A LA HISTORIA CLIENTE DEL PACIENTE.
NO ES CIERTO que como "*consecuencia, se ordena por parte del medico tratante, hemograma tipo III, uroanalisis con sedimento & densidad urinaria, micronebulizaciones hospitalarias C/U; MNB solución hipertónica #3 cada 20 minutos, y radiografía de tórax PA AP y literal oblicuos*"

Señor Juez, al respecto, la verdad es que: ***Dentro del seguimiento de laboratorios por no mejoría esperada con tratamiento instaurado se comienza a considera como posibilidad diagnostica presencia de infección bacteriana, por lo cual se ordena inicio de antibioticoterapia.***

Para mayor claridad, transcrito puntualmente lo anotado en la historia clínica autentica, del paciente, la verdad es la siguiente:

> **"18/08/2016 21:22 HRS NOTAS MEDICAS OBSERVACION Dra. Angela Parra Anaya**
>
> **Diagnosticos**
>
> R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA Ingreso
> J219 BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA Ingreso
> **Subjetivo**
> Idx:-Bronquiolitis VSR (-)
> -Síndrome Febril
> Paciente en compañía de la madre quien refiere se encuentra irritable, persiste febril. Diuresis (+).

Objetivo
Paciente en aceptables condiciones generales con SV: FC:179 FR:35 TA:100/59 SaO2:99%
C/c: normocefalo, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda, cuello móvil, no masas, no adenopatías.
C/P: tórax simétrico, expansible, Roncus en ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, sin signos de dificultad respiratoria. Abd: abdomen levemente distendido, blando, impresiona doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Ext: Eutróficas, sin edemas, pulsos distales presentes, llenado capilar adecuado. Neurológico: Irritable, reactivo a estímulos, fontanela anterior normontesa, pupilas isocoricas normoreactivas a la luz.
Análisis
Paciente de 4 meses de edad con diagnóstico de Bronquiolitis VSR (-), quien es valorado en compañía de Dr Víctor Mora encontrando hemodinamicamente estable, hidratado, con agregados en ACPs, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen levemente distendido, impresiona doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, se indica control de paraclínicos y valoración posterior. Se explica a la madre.

19/08/2016 00:18 HRS NOTAS MEDICAS OBSERVACION Dr. Victor Mora Bautista

Diagnósticos
A499 INFECCION BACTERIANA, NO ESPECIFICADA Egreso
R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA Ingreso
J219 BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA Ingreso

Análisis resultados
Hemograma normal. pcr 192. Radiografía de abdomen con distensión de asas moderada, sin líquido libre. Persiste irritable. Ya se dio nueva dosis de acetaminofén.
Plan
Se indica realizar punción lumbar. se solicitan hemocultivos. se indica cubrir profilácticamente
con ampicilina sulbactam luego de tomar hemocultivos. Se solicita ecografía abdominal mañana.
medicamentos cantidad.

AL HECHO SEXTO: NO ES CIERTO. DEBERA PROBARLO FRENTE A LA HISTORIA CLINICA.
El libelista no se ajusta a lo que literalmente se consigna en la historia clínica y se limita a hacer anotaciones subjetivas confundiendo al operador judicial.

AL HECHO SEPTIMO: NO ES CIERTO. DEBERA PROBARLO FRENTE A LA HISTORIA CLINICA.
El libelista en este hecho, transcribe un aparte de lo anotado en la historia clínica, del día 19/08/16, mas exactamente en la siguiente anotación, pero omite las anotaciones del médico Pediatra CARLOS ORTIZ.

Veamos lo anotado por el libelista: "*Adrián cursa con septicemia de origen aun no claro, descartando meningitis. Se continuará esquema A/B propuesto con vigilancia clínica, y se considera control paraclínico en 48Hr. los actuales no muestran progresión de la Rta inflamatoria",* pero omite la totalidad de las notas médicas, siguientes:

"19/08/2016 02:32 HRS NOTAS ENFERMERIA
El Dr. Víctor Mora Bautista realiza procedimiento de punción lumbar.

19/08/16 17.39 HRS NOTAS MEDICAS OBSERVACION. Dr. Carlos Ortiz pediatra.

Diagnósticos
A499 INFECCION BACTERIANA, NO ESPECIFICADA Egreso
R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS Ingreso
R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA Ingreso
J219 BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA Ingreso

Subjetivo
Dx
Septicemia de origen desconocido
¿Bronquiolitis??
En compañía del padre refiere menos episodios febriles, pero persiste irritable. Ha presentado deposiciones liquidas. Sin fiebre en las ultimas 8 hrs. Reporte de PCR 192 CH Lecuos 11640 Neu 68% Hb 8.8 Hto 25 Plaq 431000
Objetivo
FC 148 FR 35 SatO2 95%. Hidratado fontanela normal, Tórax simétrico, sin tirajes ni retracciones, con RsCsRS no solpos Pulmones bien ventilados, sin agregados. Abd blando ligera distensión, dolor al palpar pero sin signos de irritación peritoneal. Buen llenado capilar de 2 seg. Neuro dormido reactivo, sin focalización algo irritable.
Análisis
Adrián cursa con septicemia de origen aun no claro, descartando meningitis. Se continuara esquema A/B propuesto con vigilancia clínica, y se considera control paraclínico en 48Hr. los actuales no

muestran progresión de la Rta inflamatoria. Se disminuirá frecuencia de MNB pues la parte respiratoria está controlada."

AL HECHO OCTAVO: NO ES CIERTO. QUE SE PRUEBE CONFORME A LA HISTORIA CLINICA.

Como quiera que el apoderado demandante solo anota apartes de la totalidad de las notas médicas, la verdad es como sigue, tomado de la historia clínica autentica del paciente ADRIAN PINTO OROZCO:

"20/08/2016 18:16:00 NOTAS MEDICAS HOSPITALIZACION Dr. JOSE MAURICIO RAMIREZ

Diagnósticos
A499 INFECCION BACTERIANA, NO ESPECIFICADA Egreso
J219 BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA Ingreso
R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS Ingreso
R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA Ingreso
J189 NEUMONIA, NO ESPECIFICADA Ingreso

Subjetivo
Paciente en el momento en cama, persiste con leve SDR, no picos febriles durante el dia.

Objetivo
Se valora paciente en camilla, con cánula nasal, con SDR leve, en el momento con FC 147 FR 42 SaO2 97 T 36.7 PA 100/60 PAM 73 con hallazgos de importancia de murmullo vesicular con importante hipoventilación de campo pulmonar izquierdo y ruidos velados en base izquierda, sin nuevos hallazgos al examen físico Se valora radiografía de tórax AP y lateral con presencia de neumotórax izquierdo masivo y derrame pleural izquierdo de aproximadamente más del 35%. Con imagen a nivel de base derecha con tendencia a la consolidación.
Análisis
Se considera lactante con cuadro febril infeccioso con imágenes de neumonía complicada con derrame pleural y neumotórax, en el momento sin signos de falla respiratoria, sin embargo, se comenta caso con Dr Luis Villamizar para realización de manejo quirúrgico según necesidad. SE considera ante presencia de rápida progresión de cuadro neumónico (radiografía de hace 36 horas sin alteraciones) cambiar manejo antibiótico e iniciar piperacilina tazobactam y vancomicina para cubrir posibilidades etiológicas de estafilococo resistente y neumococo resistente. Ante presencia de hemoglobina de 9.52, se considera transfundir 65 cc de glóbulos rojos.

20/08/2016 20:20:00 REPORTE DE RESULTADOS Dr. Freddy Torrenegra P.

Se trata de paciente lactante de 4 meses con diagnóstico de neumonía complicada con derrame pleural y neumotórax izquierdo, en el momento sin signos de dificultad respiratoria, ya valorado por cirugía quien solicita Rx de tórax control en la mañana para vigilar evolución, ante la posibilidad de toracostomia, se indica transfundir 65cc de GRE, en conjunto con cirujano de turno se determina suspender piperacilina tazobactam y se indica iniciar ceftriaxona dado mayor cubrimiento antimicrobiano, ante la posibilidad de ***estafilococo vs neumococo*** *se indica aislamiento del paciente y continuamos igual manejo atento a evolución medica, paciente ya fue comentando en UCIP ante cualquier complicación.*
Plan
Ceftriaxona 315mg iv c/12 horas
Suspender piperacilina tazobactam
Resto de ordenes iguales.

20/08/2016 21:35:00 NOTA TERAPIA HOSPITALIZACION URG. VERA CAMACHO DIANA MILENA

Descripción
Se atiende al timbre de sala de reanimación porque el paciente presenta episodio cianótico, se eleva 02 por cánula nasal a 3 lpm, con saturación de 72%, tirajes subcostales, palidez facial marcada y cianosis peribucal y manos, Dra Andry asiste con ambu, mejorando saturación a 98%. Proceden a intubar con tubo numero 4.0. Realizo limpieza previa de zona a fijar con benjui y luego realiza fijación en 12 del reborde bucal por orden del Dr Jonathan. se asiste con ambu manteniendo saturaciones de 95 - 98%, y se realiza traslado a UCIP y se entrega paciente a terapeuta (Andrés Peñaloza).

20/08/2016 21:39:00 : NOTAS MEDICAS Dr. JOSE MAURICIO RAMIREZ RUIZ

Diagnosticos
A499 INFECCION BACTERIANA, NO ESPECIFICADA Egreso
J219 BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA Ingreso
J90X DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE Ingreso
J939 NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO Ingreso
R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS Ingreso
R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA Ingreso
J189 NEUMONIA, NO ESPECIFICADA Ingreso

Subjetivo
se atiende llamado de la madre quien informa marcada irritabilidad y dificultad respiratoria

Objetivo
Se encuentra paciente con cianosis peribucal, con presencia de patrón respiratorio con marcados tirajes y retracciones, con saturación no reportada en monitor, se pasa como urgencia a reanimación, se inicia apoyo ventilatorio con sistema bolsa mascara y oxigeno a 4 L/min, se avisa a la UCIP quienes conocían el paciente, se prepara Branula 18, con equipo de macrogoteo, y trampa de agua, llega Dr Jonathan Ramírez (Pediatra Intensivista) con quien se pasa Branula en 2 espacio intercostal con línea medioclavicular, con salida de aire en trampa de aire, se prepara para intubar previa

sedación y relajación con midazolam 0.14 mg (0.2 mg/kg) y vecuronio 6 mg (1 mg/kg), se intenta intubación con tubo 4.5 Fr sin balón, se falla procedimiento, se intenta con tubo orotraqueal 4 Fr sin balón se intuba exitosamente y se indica traslado a UCIP.

Análisis
Paciente con cuadro de neumonía complicada con neumotórax y derrame pleural, en quien se indicó iniciar manejo con ceftriaxona y vancomicina, se considera ante presencia de rápida progresión iniciar además manejo con claritrocmicina para cubrimiento de gérmenes atípicos.

20/08/2016 22:37:00 INGRESO UCI Dr. JHONATAN GELLER RAMIREZ

Diagnósticos
A499 INFECCION BACTERIANA, NO ESPECIFICADA Egreso
J219 BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA Ingreso
J90X DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE Ingreso
J939 NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO Ingreso
R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS Ingreso
R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA Ingreso
J189 NEUMONIA, NO ESPECIFICADA Ingreso

Motivo de Consulta
***Información Suministrada por la madre (Dayana Alexandra Orozco).*
- Nombre: Adran Estaban Pinto Orozco.
- Edad: 4 meses. FN: 18/04/2016.
- Grupo Sanguíneo: A Rh positivo.
- Dirección: Calle 5 ta; N# 17-13. Segundo Piso. Florida, Limoncito.
- Teléfono: Casa: 6186200; Celular: 3167184564 / 3164070743.
- Actualmente al cuidado de la Madre.

Enfermedad Actual
Se trata de lactante menor masculino de 4 meses de edad, Natural de la localidad y Procedente de Florida Blanca. Quien según refiere la medre inicia EA el Jueves (11/08/16) caracterizado por presentar tos húmeda, rinorrea anterior hialina, manejado con tratamiento sintomático, asociándose para el día miércoles (17/08/16) alza térmica (39 °C), irritabilidad persistente motivo por el cual acuden el jueves en horas de la madrugada (18/08/16; 3 am) al area de urgencia de esta institución, en donde es valorado por medico de la urgencia, evidencia congestión nasal, realzan exámenes (Hemograma; Uroanalisis y Rx de torax, sin aparentes hallazgos patológicos), realizan nebulizaciones con SSN al 3 %. En vista de persistir con hipertermia e irritabilidad deciden mantener en observación, realizan exámenes complementarios el viernes (19/08/16; Rx de Abdomen con ligero edema de asas; VSR negativo; PCR alterada y Punción Lumbar normal. Se toman hemocultivos). Persistiendo febril y quejumbroso, deciden hospitalizar e iniciar antibioticoterapia de primera línea (AMP/Sul), el sábado deciden descartar enfermedad abdominal, realizan Eco-abdominal sin hallazgos patológicos y cirujano pediatra descarta probable patología quirúrgica. Persiste en franco deterioro, con fatiga respiratoria, quejido respiratorio e hipertermia, motivo por el cual realizan Rx de tórax control en donde evidencian neumonía Izquierda, complicada con derrame y neumotórax a tensión, realizan cambio de esquema de antibiótico (Ceftriaxona; Vancomicina y Claritromicina), Oxigeno x CN. En horas de la noche se evidencia episodio de
cianosis y desaturación con el llanto, realizan intubación programada y se coloca Jelco en región anterior del tórax (línea media clavicular izquierda con segundo espacio intercostal con evidente drenaje de aire), mejorando FC, SATO2 y coloración. En vista de lo ya expuesto se decide trasladar a la UCIP para su monitoreo.

Estado General
Se recibe a Adrián, lactante menor masculino, quien se encuentra bajo efecto de sedo-analgesia y relajación, en aparentes condiciones clínicas estable, sin respuesta a estímulos externos, sin ventilación espontanea, en ventilación a presión positiva con bolsa de resucitación manual manteniendo adecuada SATO2.
Cardiopulmonar
*** RsCsRs, sin soplo, hemodinamicamente estable, sin soporte inotrópico, pulsos amplios en las cuatro extremidades, llenado capilar de 2-3 segundos.*
*** Ingresa al área en ventilación a presión positiva con bolsa de resucitación manual, tórax asimétrico, ligeramente hiper-expandido el hemitórax izquierdo, hipo-expansible, con murmullo vesicular rudo, con roncus aislados, abolido en hemitórax izquierdo. Bajo efecto de sedo-analgesia y relajación, no tiraje intercostal, manteniendo adecuada saturación (90-95 %).*
*** (20/08/16) Rx de tórax control con derrame pleural izquierdo + Neumotórax > 50 % del hemitórax izquierdo, pulmón colapsado. Se observa imagen redondeada, traslucida en región apical del hilio pulmonar (no se descarta lesión congénita: ADQ???). Se solicita valoración por Neumología. Evaluar necesidad de TAC de tórax.*

Examen Neurológico
Bajo efecto de sedo-analgesia y relajación (Midazolan/Vecuronio). Glasgow: no evaluable.

*** Impresión Diagnostica de Ingreso.*
- Neumonía Izquierda, complicada con Derrame y Neumotórax.
- Falla Ventilatoria secundaria.
- Anemia Multifactorial.

Análisis
Adrián, se trata de lactante menor masculino de 4 meses, quien según refiere la medre cursa con EA de 10 dias de evolución, caracterizado por presentar inicialmente tos húmeda, rinorrea anterior hialina, hipertermia (39 °C), irritabilidad persistente motivo por el cual acuden el 18/08 en horas de la madrugada al area de urgencia de esta institución, en donde es valorado, evidencia congestión nasal, realzan exámenes (Hemograma; Uroanalisis y Rx de torax, sin aparentes hallazgos patológicos), realizan nebulizaciones con SSN al 3 %. En vista de persistir con hipertermia
e irritabilidad deciden mantener en observación, realizan exámenes complementarios el viernes (19/08/16; PCR alterada; Rx de Abdomen con ligero edema de asas; VSR negativo y Punción Lumbar normal. Se toman hemocultivos). Persistiendo con sintomatología descrita, deciden hospitalizar e inciar antibioticoterapia de primera línea (AMP/Sul), el sábado deciden descartar enfermedad abdominal, realizan Eco-abdominal sin hallazgos patológicos y cirujano pediatra descarta probable patología

quirúrgica. Persiste en franco deterioro, con fatiga respiratoria, quejido respiratorio e hipertermia, realizan Rx de tórax control en donde evidencian neumonía Izquierda, complicada con derrame y neumotórax, se cambia esquema de antibioticoterapia a amplio espectro (Ceftriaxona; Vancomicina y Claritromicina), Oxigeno x CN.
Presentando en horas de la noche episodio de cianosis y desaturación con el llanto, realizan intubación rápida y se coloca Jelco en región anterior del tórax (evidente drenaje de aire), mejorando FC, SATO2 y coloración, se traslada al área de UCIP. Se procede a realizar bajo medidas de asepsia y antisepsia tubo pleural izquierdo (N# 16; Línea media axilar izquierda, con 6 to espacio intercostal), sin aparentes complicaciones, presenta drenaje de liquido amarillo opaco (Aprox: 40-50 ml), se tomaron tres muestras (Se solicitó: Citoquimico; Gram y Cultivos), se conecta a sistema de drenaje y succión. Posteriormente bajo medidas de asepsia y antisepsia se procede a realizar colocación de CVC yugular interno derecho en primer intento (bilumen; 4,5 Fr; 5 cm), sin eventualidades. Se toman muestras para evaluar función renal y tiempos. Se mantiene esquema de antibióticos, se solicita valoración x Neumología Pediátrica. Rx de tórax control con Pulmón izquierdo expandido, CVC en adecuada posición. Se conecta en VMI, Modo BPAP, parámetros moderados."

AL HECHO NOVENO: NO ES CIERTO Y DEBERA PROBARLO FRENTE A LA HISTORIA CLINICA.
la actuación médica de los profesionales de la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A, fue ejecutada dentro de los niveles de diligencia, prudencia, pericia y reglas de la lex artis, con rapidez, agilidad como lo ameritaba el caso que nos mantiene ocupados.

AL HECHO DECIMO: NO ES CIERTO Y DEBERA PROBARLO FRENTE A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE. (En este hecho, el actor hace referencia al *21 de agosto de 2019* (¿?) siendo que lo correcto es 21 de agosto de 2016)

Al igual que anteriores HECHOS, el libelista solo transcribe apartes de los reportes y no las anotaciones en forma integral, fidedigna y total.
En tal sentido me permito transcribir en forma fidedigna la anotación del día 21 de agosto de 2016 de la historia clínica del menor ADRIAN PINTO OROZCO

21/08/2016 16:36:00 PROGRESO DIARIO UCI PED Dra. JACQUELINE GOMEZ PINEDO

Análisis
**Lista de problemas*
- Neumonía necrotizante
- Neumotórax izquierdo (resuelto con toracostomia)
- Derrame pleural Izquierdo (R)
- Falla respiratoria aguda progresiva
Adrián, lactante de 4 meses, con falla respiratoria progresiva por neumonía necrotizante complicada con neumotórax y derrame pleural izquierdo, quien requirió descompresión urgente con toracostomia cerrada y soporte ventilatorio para su compensación. Requiere bolos de sedación para acople ventilatorio, con parámetros moderados tórax normoexpansible, MV rudo, con roncus aislados. Manteniendo adecuada SATO2. Gases de control de la mañana con acidosis de predominio respiratorio, con hipoxemia moderada. Rx de tórax con resolución del neumotórax y del derrame pleural izquierdos, se aprecia imagen de consolidación en HTD. Se toma muestra de secreción traqueal para cultivo.
Se comenta en revista con Dr Villamizar quien considera por el momento continuar manejo médico y se dejara conducta quirúrgica expectante. Hemodinamicamente estable. Se inicia NTE en infusión. Infección de origen pulmonar Neumonía necrotizante con neumotórax y derrame pleural izquierdos. Hemograma y reactantes de fase aguda elevados, se mantiene antibioticoterapia a amplio espectro (Ceftriaxona; Vancomicina y Claritromicina), en seguimiento de hemocultivos. Sin otros cambios en su evolución o manejo. Se explica situación clínica y pronostico a padres."

AL HECHO DECIMO PRIMERO: NO ES CIERTO. QUE SE PRUEBE EN FORMA IDONEA FRENTE A LA HISTORIA CLINICA QUE SE APORTA EN FORMA DIGITAL. ((En este hecho, el actor hace referencia al *22 de agosto de 2019* (¿?) siendo que lo correcto es 22 de agosto de 2016)

Para mayor claridad de lo anotado en este dicho, la verdad integral es la siguiente:

"22/08/2016 12:47:00 INTERCONSULTA NEUMOLOGIA PEDIATRICA, Dra. Sandra Moreno L.

Anamnesis
Neumología pediátrica
Paciente de 4 meses, con síntomas de una semana de evolución, de evolución aguda y rápida. Inicia con síntomas respiratorios nasales altos, congestión nasal, rinorrea y posteriormente tos, asociado a irritabilidad importante y fiebre. fiebre de difícil manejo. Ingresa a urgencias, estudios para septicemia inicial. Se descarta meningitis. Estudios corroboran la presencia de neumonía en base pulmonar izquierda, con consolidación a este nivel, derrame asociado. posteriormente presenta neumotórax. reactantes de fase aguda muy positivos, se inició manejo de amplio espectro. Tratamiento antibiótico actual con vancomicina, ceftriaxona y Claritromicina. Ha permitido descenso de presiones en vía aérea, mejoría de la hipoxemia. Tubo a tórax funcional. Llama la atención en Rx de tórax además se observarse inicialmente consolidación en base izquierda, con signos de derrame y neumotórax. se observa imagen sugestiva de lesión quística, en lóbulo superior izquierdo, con bordes bien definidos, con parénquima pulmonar en su interior. En una de las imágenes sugiere el signos de mujer embarazada, que está a favor de compromiso mediastinal o pleural. Ultima radiografía de tórax con disminución notable de los infiltrados alveolares, de la consolidación, persiste imagen de borde definido a nivel de lóbulo superior izquierdo.

Examen físico
En ventilación bipap, fio2 35%, fr 40/, pip 20 peep 5. relación 1.2 so2 99% no retracción supra esternal rscsrs, s2 aumentado de intensidad, no soplos pulmones con hipoventilación leve base izquierda, escasos roncus, no crepitos, no disbalance, no tirajes manteniendo hemodinamia

Análisis
paciente cursando con neumonía basal izquierda, complicada con derrame y con neumotórax. con manejo antibiótico de amplio espectro, que debe continuar hasta completar 14 días. Llama la atención imagen de neumatocele vs malformación adenomatoidea quística en lóbulo superior izquierdo, debe realizarse tac de tórax para definir dicha imagen y manejo según hallazgos. por el momento mejoría clínica parcial, debe continuar manejo antibiótico indicado. No hay otras comorbilidades de base, ni historia de sintomatología respiratoria previa.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO. QUE SE PRUEBE EN FORMA IDONEA FRENTE A LA HISTORIA CLINICA QUE SE APORTA EN FORMA DIGITAL.

Para mayor claridad de lo anotado en este dicho, la verdad integral es la siguiente:

"25/08/2016 15:56 HR PROGRESO UCIP Dra. Liliana Bareño Niño

Análisis
Lista de problemas:
- Neumonía basal izquierda complicada con derrame y neumotórax
- Sospecha de malformación adenomatoide quística
- Falla ventilatoria secundaria
- Anemia multifactorial.
Lactante menor con clínica estable, no déficit aparente, conectado a VMI modo BPAP parámetros bajos, no desatura, tubo a pleura izquierda sin drenaje, valorado por neumología con TAC de tórax con evidencia de neumonía necrotizante del lóbulo inferior izquierdo con neumatoceles en su interior, mejoría clínica y paraclínica por lo que propone manejo conservador, de empeorar indicación de manejo quirúrgico preferiblemente mínimamente invasivo por edad del paciente,
se espera concepto de cirujano pediatra; Se coloca dosis de dexametasona y se realiza extubación programada, tiene cubrimiento de amplio espectro para manejo de neumonía complicada. Se continúa monitoreo intensivo en la UCIP atentos a evolución, no se realizan modificaciones al plan.

AL HECHO DECIMO TERCERO: NO ES CIERTO. QUE SE PRUEBE EN FORMA IDONEA FRENTE A LA HISTORIA CLINICA QUE SE APORTA EN FORMA DIGITAL.

Falta a la verdad la parte accionante al manifestar que las dolencias padecidas por el menor ADRIAN PINTO OROZCO, "fueran provocadas por la neumonía necrotizante estafilocócica o infección pulmonar bacteriana causada por la cepa de Stafylococcus aureus productora de leucocidina de Panton-Valentine y que genero un fallo respiratorio grave, extenso progresivo a neumonía y que, como consecuencia, ocasiono la necrosis pulmonar, la cual pretendía ser evitada con manejo quirúrgico ordenado por los galenos"

AL HECHO DECIMO CUARTO. NO ES CIERTO que la anotación consignada en la historia clínica del día 26 de agosto/2016, existan frases con subrayas y resaltados, lo cual hace inducir a error al operador judicial
El libelista transcribe las anotaciones consignadas en la historia cínica del menor calendadas del día 26 de agosto/2016, pero con subrayas y negrillas inexistentes, veamos:

Lactante menor con clinica estable, no déficit aparente, patrón respiratorio espontáneo sin deterioro, oxígeno suplementario por CN, no desatura, Rx de tórax con neumotórax izquierdo importante, tubo normoposicionado a succión, TAC de tórax plantea probable fístula broncopleural izquierda y hay clínica compatible, neumopediatria planteo en vista de evolución hasta ayer planteo manejo conservador, se comentarán hallazgos y se definirá conducta en conjunto con cirugia pediátrica. Hemodinamicamente estable, no signos de bajo gasto. Bajo ayuno terapéutico programado, aportes basales con líquidos dextrosados, diuresis adecuada no forzada, BH Negativo, hidratado. Sin distermias, cubrimiento de amplio espectro para manejo de neumonía necrotizante del lóbulo inferior izquierdo con neumatoceles en su interior, cultivo de líquido pleural positivo para S. aureus sensible a vancomicina y TMP/SM, se decide iniciar este último (suspender ceftriaxona y claritromicina). No sangrado activo, en lo metabólico sin alteración. Se explica condiciones actuales y riesgo de morbimortalidad. Se continúa monitoreo intermedio en la UCIP atentos a evolución.

GAMBOA CELY GERMAN DAVID
Medico Tratante: RAMIREZ FUENTES JONATHAN GELER
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Especialidad: PEDIATRIA
Registro Profesional: 6256/2013

AL HECHO DECIMO QUINTO. NO ES CIERTO. QUE SE PRUEBE EN FORMA IDONEA FRENTE A LA HISTORIA CLINICA QUE SE APORTA EN FORMA DIGITAL.
Al igual que anteriores HECHOS, el libelista solo transcribe apartes de los reportes y no las anotaciones en forma integral, fidedigna y total.

En tal sentido me permito transcribir en forma fidedigna la anotación del día 30 de agosto de 2016 de la historia clínica del menor ADRIAN PINTO OROZCO. Veamos lo consignado por los profesionales médicos en la historia clínica de paciente:

> ***"30/08/2016 18:55 HRS PROGRESO UCI INTERMEDIO Dra. ANGELA DIAZ***
>
> ***Análisis***
> *Lista de problemas:*
> *- Neumonía basal izquierda complicada con derrame y neumotórax*
> *- Sospecha de malformación adenomatoide quística*
> *- Falla ventilatoria secundaria (R)*
> *- Anemia multifactorial.*
> *- Probable fístula broncopleural izquierda, bulas en base.*
> *Lactante menor con clínica estable, no déficit aparente, patrón respiratorio espontáneo sin deterioro, oxígeno suplementario por CN, tubo a pleura izquierda sin drenaje, hay clínica de fístula broncopleural por lo que se pautó en conjunto con cirugia pediátrica Dr Villamizar manejo quirúrgico el viernes 02/09/16 (pendiente definir hora), se solicita valoración preanestésica. Recibe cubrimiento biconjugado para manejo de neumonía complicada, PCR negativa, ha presentado febrículas por lo que se vigilará con curva térmica. Se continúa monitoreo intermedio en la UCIP, control radiológico para mañana, resto de manejo sin cambios."*

AL HECHO DECIMO SEXTO: NO ES CIERTO. QUE SE PRUEBE EN FORMA IDONEA FRENTE A LA HISTORIA CLINICA QUE SE APORTA EN FORMA DIGITAL.

Al igual que anteriores HECHOS, el libelista solo transcribe apartes de los reportes de progresión y no las anotaciones en forma integral, fidedigna y total.
En consecuencia y para claridad del juzgado de conocimiento veamos la transcripción tomada de la historia clínica del paciente ADRIAN PIMIENTO OROZCO, veamos:

> ***"02/09/2016 15:36:00 NOTA PRCEDIMIENTOS MEDICOS Dr. LUIS VILLAMIZAR DURAN***
>
> ***Descripción Procedimiento***
> *Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia , incisión posterolateral izquierda a nivel 6 espacio intercostal, disección por planos, ingreso a cavidad torácica, liberación digital de tejido pulmonar , drenaje de material purulento, toma de muestra de membranas para cultivo, resección segmentaria inferior izquierda, sutura, evidencia de integridad del tejido, lavado pleural, colocación tubo a tórax sonda nelaton 20, cierre por planos, tubo a drenaje cerrado presión negativa, no complicación.*
>
> ***03/09/2016 11:07 HRS PROGRESO DIARIO UCI INTERMEDIO PED Dra. JACQUELINE GOMEZ PINEDO***
>
> ***Análisis***
> *Lista de problemas:*
> *- Neumonía basal izquierda complicada con derrame y neumotórax*
> *- Sospecha de malformación adenomatoide quística*
> *- Falla ventilatoria secundaria (R)*
> *- Anemia multifactorial.*
> *- Probable fístula broncopleural izquierda, bulas en base.*
> *- POP inmediato de toracotomía izquierda + decorticarían (02/09/16).*
> *Lactante menor con clinica estable, no déficit aparente, patrón respiratorio espontáneo, polipnea y retracción subcostal leve, logra metas de oxigenación con cánula nasal, tubo a pleura izquierda con drenaje escaso, se mantiene a succión. Hemodinamicamente estable, tiende a la hipertensión probablemente por dolor. Tolera enteral con formula maternizada por SNG, diuresis adecuada no forzada, BH Positivo, no datos de sobrecarga. Sin distermias, cubrimiento con vancomicina y TMS para manejo de neumonía complicada, cultivo tomado en acto quirúrgico va negativo. No hay sangrado activo, en lo metabólico con hiponatremia, se indica iniciar solución hipertónica a 1 cc/kg, control de sodio cada 6 horas. Se explica condición actual y riesgo de morbimortalidad. Se continúa monitoreo intermedio en la UCIP atentos a evolución.*
>
> ***05/09/2016 10:34:00 HRS PROGRESO DIARIO UCIP INTERMEDIO DR. JHONATAN RAMIREZ FUENTES.***
>
> ***Análisis***
> *Lactante menor con estabilidad clínica, no déficit aparente, patrón respiratorio espontáneo sin deterioro, oxígeno suplementario por CN, no desatura, tubo a pleura izquierda a succión sin drenaje, placa de tórax con cambios postquirúrgicos, tubo en posicionado. Tolera enteral con formula maternizada por SNG, se intentará succión asistida, diuresis adecuada no forzada, BH Positivo, hidratado. Sin distermias, cubrimiento con vancomicina y TMS para manejo de neumonía complicada, cultivo tomado en acto quirúrgico negativo. No hay sangrado activo, en lo metabólico sin alteración. Se explica condición actual y riesgo de morbimortalidad. Se continúa monitoreo intermedio en la UCIP atentos a evolución.*
>
> ***10/09/2016 09:46:00 PROGRESO DIARIO UCIP INTERMEDIO Dr. CARLOS ORTIZ LIZCANO***
> *Lactante menor quien se mantiene estable, sin deterioro en la parte neurológica, con glasgow 15/15 pts, tiene analgesia por necesidad, patrón respiratorio estable, con ruidos simétricos, sin agregados, hoy Rx de control con obliteración de ángulo costofrénico izquierdo que ya estaba presente en radiografía previa y sin empeoramiento, desde ayer con tubo a pleura pinzado, se programa para hoy retirar previa dosis de Ketamina, tiene oxígeno a bajo flujo y no desatura, persiste con algunas cifras tensionales elevadas pero sin signos de bajo gasto, buena perfusión distal, tolerando alimentación oral, no vómita, no impresiona dolor a la palpación, deposiciones blandas, tiene buen gasto urinario con BH negativo pero luce hidratado, sin distermias, SRIS modulada, en plan de completar 21 días de TMS para manejo de Neumonía complicada, no sangrados ni alteraciones metabólicas, por ahora continúa en monitoreo intermedio, se retirará tubo a pleura y en la tarde se realizará Rx de tórax de control, según evolución se definirá traslado a área de hospitalización para continuar manejo, se explica a familiar.*
>
> ***12/09/2016 11:10 HRS EVOLUCION DIARIA HOSPITALIZADO Dr. CARLOS ORTIZ LIZCANO***

Lactante menor quien consultó por cuadro febril agudo y síntomas respiratorios altos e irritabilidad, inicialmente con paraclínicos inespecíficos, Rx de tórax normal y VSR negativo, se realizó estudio de LCR normal, se inicia cubrimiento ATB con Ampicilina Sulbactam, sin mejoría y con aumento de esfuerzo respiratorio con nueva radiografía donde se documentó foco neumónico basal izquierdo con derrame asociado y neumotórax a tensión, rotándose esquema ATB a Ceftriaxona, Vancomicina y Claritromicina, posteriormente presenta cianosis y desaturación por lo que se realiza intubación programada y Se ingresa a UCI, requirió realizar toracotomía con lobectomía inferior izquierda +
decorticación, con cultivo de líquido pleural positivo ***para S. aureus*** *sensible a Vancomicina y TMS dejando este cubrimiento antimicrobiano, cumplió la Vancomicina y ahora se encuentra completando 21 días de TMS. Se valora con pediatra de turno encontrándolo estable hemodinamicamente Sin distermias, tolerando alimentación a succión, no vomita, normontesa, sin signos de bajo gasto, con patrón respiratorio estable, sin dificultad, hay ligera disminución de ruidos en base pulmonar izquierda, con oxígeno por CN a bajo flujo, se indica suspender hoy el oxígeno y vigilar si tolera, no impresiona dolor abdominal, diuresis y deposiciones normales, por ahora no se hacen cambios. Atentos a evolución.*

15/09/2016 09:52 HRS. EVOLUCION DIARIA HOSPITALIZADO Dr. CARLOS ORTIZ LIZCANO
Lactante menor con cuadro de Neumonía basal izquierda complicada con derrame pleural y Neumotórax a tensión, requirió IOT programada, además de toracotomía izquierda con lobectomía inferior izquierda + decorticación, inicialmente sin foco infeccioso claro por lo que se dejó cubrimiento con Sultamicilina, pero con empeoramiento rápido y documentación de la neumonía por lo que se rotó cubrimiento ATB a Ceftriaxona, Vancomicina y Claritromicina, en cultivo de LP se aislo ***S. Aureus*** *sensible a Vancomicina y TMS por lo que se mantuvo este manejo, cumplió 21 días del primero y ahora en espera de completar 21 días con TMS, último control radiológico posterior a retiro de tubos a pleura con evidencia de obliteración del ángulo costofrénico lateral izquierdo en relación a engrosamiento pleural con posible consolidación subyacente. En ronda con pediatra de turno se encuentra menor estable, sin distermias, tolerando alimentación oral, no vomita, normotenso, sin signos de bajo gasto, con buen patrón respiratorio, no hay signos de dificultad respiratoria ni agregados pulmonares, no impresiona dolor abdominal, diuresis y deposiciones normales, herida quirúrgica de buen aspecto, desde ayer sin oxígeno suplementario y no se ha desaturado, en vista de evolución favorable se decide dar salida con indicación de completar el día faltante de antibiótico vía oral, debe asistir a control con cirugía pediátrica, neumología y Pediatría. Se dan recomendaciones generales y signos de alarma para reconsultar.*

AL HECHO DECIMO SEPTIMO. ES CIERTO. Se trata de un requisito de procedibilidad procesal

AL HECHO DECIMO OCTAVO : ES CIERTO.

AL HECHO DECIMO NOVENO. NO ES CIERTO Y DEBERA PROBARLO.
Extrañamente el libelista hace referencia a un derecho de petición sin dar la fecha de este ni relacionarlo en el acápite de las pruebas y mucho menos arrimarlas a los anexos de la demanda como era su deber procesal. Igualmente, sin presentar pruebas, se refiere a una respuesta "EDITADA" y extractada de una de las respuestas al derecho de petición, respondida por la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS el día 24 de septiembre de 2020. Veamos:

Bucaramanga, 24 de septiembre de 2020

Señora
VANESSA OSORIO RAVELO
vosorio122@hotmail.com

Referencia: **Respuesta a su solicitud**

Cordial saludo,

Por medio de la presente nos permitimos dar respuesta a la solicitud recibida a través de correo electrónico, frente a cada uno de sus interrogantes:

1.¿Cuáles fueron las medidas de prevención y protocolos tendientes a evitar las infecciones nosocomiales de pacientes internados en UCI para el año 2016?

La Institución contaba con los siguientes protocolos:

✓PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS I-CSL-09 Versión Inicial 06-10-2015
✓MANUAL DE BIOSEGURIDAD M-CSL-01 Versión Inicial Sep/2009
✓PROCOLOLO DE AISLAMIENTO I-CSL-62 Versión Inicial 09/08/2011
✓PROCTOCOLO CATETERISMO VESICAL I-CSL-65 Versión Inicial 07/02/2012
✓PROTOCOLO MANEJO DE CATETERES I-CSL-68 Versión Inicial 25-06-2012
✓PROTOCOLO PREVENCION NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA I-UCI-157 Versión Inicial 19/08/2015

2. ¿Cuáles son los programas de formación continua que se realizaron en el año 2016, tendientes a evitar las infecciones nosocomiales, dirigidos a las enfermeras, médicos y personal del aseo que laboran en las UCI?

Para el año 2016 se presentó un cronograma de actividades en el programa de capacitación que fue distribuido de la siguiente manera:

UCIP:

Resocialización y evaluación sobre manejo de catéter de inserción periférica, cateterismo vesical, lavado e higienización de manos, higiene del paciente, que se realizó en el mes de enero.

Resocialización y evaluación sobre lavado de manos, NAVM, cateterismo Vesical, Sujeción de pacientes, que se realizó en el mes de octubre.
UCIA:

Resocialización y evaluación sobre manejo de catéter de inserción periférica, cateterismo vesical, lavado e higienización de manos, higiene del paciente, que se realizó en el mes de septiembre.

Resocialización y evaluación sobre lavado de manos, NAVM, cateterismo Vesical, Sujeción de pacientes, que se realizó en el mes de septiembre.

UCIN:

Resocialización y evaluación sobre manejo de catéter percutáneo, venopunción, aislamiento Hospitalario, paciente fallecido, profilaxis umbilical, lavado e higiene de manos, que se realizó en el mes de mayo.

Socialización y evaluación de instructivos sobre: manejo de catéteres percutáneos, NAV, Lavado e higienización de manos e higiene del R.N, que se realizó en el mes de octubre.

Así mismo, se dispuso de acuerdo a la necesidad identificada, de un nuevo lavamanos en el servicio de UCIN, como acción correctiva N°4 de ese año, tendiente a garantizar el lavado de manos.

3.¿Cuáles son los equipos de respuesta rápida ante la sospecha de una infección nosocomial en un paciente internado en una UCI, adoptados por la clínica materno infantil San Luis para el año 2016?

Una vez el paciente se encuentra hospitalizado, y se sospecha de infección nosocomial, se inicia el tratamiento médico indicado como lo son los antibióticos, previa toma de hemocultivos, que de acuerdo al antibiograma se guía la continuidad del antibiótico.

Cualquier persona que tenga atención directa con el paciente debe notificar la sospecha para que el comité de infecciones analice el caso y confirme o descarte si se trata de IAAS. El paso a paso del comité de infecciones se encuentra en el I-CSL-25 PROTOCOLO GESTIÓN DEL COMITÉ DE INFECCIONES.

4.¿Cuáles fueron las normas técnicas, tendientes a evitar las infecciones nosocomiales de pacientes internados en el año 2016?

Se reitera que la Institución contaba con los siguientes protocolos:

✓PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS I-CSL-09 Versión Inicial 06-10-2015
✓MANUAL DE BIOSEGURIDAD M-CSL-01 Versión Inicial Sep/2009
✓PROCOLOLO DE AISLAMIENTO I-CSL-62 Versión Inicial 09/08/2011
✓PROCTOCOLO CATETERISMO VESICAL I-CSL-65 Versión Inicial 07/02/2012
✓PROTOCOLO MANEJO DE CATETERES I-CSL-68 Versión Inicial 25-06-2012
✓PROTOCOLO PREVENCION NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA I-UCI-157 Versión Inicial 19/08/2015

5.¿Qué Agentes infecciosos existían en la entidad hospitalaria, para el año 2016?

Para el año 2016 los 5 principales s microorganismos aislados en la institución fueron:

✓ESCHERICHIA COLI
✓ESTAFILOCOCO EPIDERMIDIS
✓KLEBSIELLA PNEUMONIAE
✓PSEUDOMONA AERUGINOSA
✓ESTAFILOCOCO AUREUS

6.¿Para el año 2016, cuantos pacientes con staphylococcus aureus se reportaron en la UCI de la Clínica materno infantil San Luis?

En la vigencia 2016 se presentaron en toda la Institución 10 casos de los cuales 3 fueron aislados en UCI.

En los anteriores términos damos respuesta a sus requerimientos.

Cordialmente,

CHRISTIAN G. ORDOÑEZ
Director Médico
CLÍNICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

Omo podrá observar el señor Juez, la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. ofrece una respuesta puntual sin ocultamiento ni evasivas alguno, pero que la parte accionante se limita a informar al Despacho, “lo que le conviene” extractado de una respuesta de dos hojas.

AL HECHO VIGESIMO: ES CIERTO que los accionantes radicaron en las instalaciones de la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A., el mencionado derecho de petición calendado del 15 de febrero de 2021, al cual se le dio respuesta en forma puntual y dentro del termino legal, esto es, el 8 de marzo/2021 cuya copia, se anexa por parte de los accionantes.

AL HECHO VIGESIMO PRIMERO: NO ES CIERTO, que no se haya respondido el derecho de petición a todas y cada una de las preguntas formuladas la cual fue respondida oportunamente y todo lo consignado en la respuesta al derecho de petición en comento se hace con fundamento en la historia cínica del menor ADRIAN PINTO OROZCO todo lo cual se ratifica en este momento por corresponder a la verdal procesal, veamos uno de sus apartes, aunque la respuesta completa cursa en el expediente aportada por la parte accionante:

*"De acuerdo a lo anterior, este paciente ingreso con síntomas respiratorios compatibles con una neumonía izquierda complicada con derrame **adquirida en comunidad** y dentro de las primeras 72 horas de su estancia hospitalaria crece el germen aislado en liquido pleural (S.Aureus), por lo que **no cumple con criterios para considerarse una infección asociada a la atención en salud**, ya que el crecimiento de este germen se considera igualmente adquirido en la comunidad."*

AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO. **NO ES CIERTO. DEBERA PROBARLO**.

Tal como se le respondió a la parte accionante a su derecho de petición el día 24 de septiembre de 2020, este paciente ingreso con síntomas respiratorios compatibles con una neumonía izquierda complicada con derrame **adquirida en comunidad** y dentro de las primeras 72 horas de su estancia hospitalaria crece el germen aislado en liquido pleural (S.Aureus), por lo que **no cumple con criterios para considerarse una infección asociada a la atención en salud**, ya que el crecimiento de este germen se considera igualmente **adquirido en la comunidad**.

AL HECHO VIGESIMO TERCERO: NO ES CIERTO. DEBERA PROBARLO.
En primer lugar, **NO ES CIERTO**, que el paciente ADRIAN PINTO haya adquirido en las instalaciones de la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A, una infección bacteriana y en segundo lugar, **TAMPOCO ES CIERTO**, que mi mandante, la Institución hospitalaria aquí demanda, "haya reportado y de pleno conocimiento" el mencionado evento.

AL HECHO VIGESIMO CUARTO. NO ES CIERTO QUE SE PRUEBE
DEBERA PROBAR EN FORMA IDONEA No solo el diagnóstico que se emite en este hecho, sino la responsabilidad de la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. que represento.

AL HECHO VIGESIMO QUINTO: ES CIERTO la suscripción de la póliza de Responsabilidad de Clínicas y Hospitales

EXCEPCIONES DE FONDO O DE MERITO

Con los argumentos esbozados en la contestación de la demanda y el acervo probatorio esgrimido, respetuosamente manifiesto a su Despacho que formulo las siguientes excepciones de MERITO:

1. EL REGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA.

El actuar del personal médico que suministro servicios de salud al menor ADRIAN PINTO OROZCO, hijo de los accionantes se encuentra ajustado a la LEX ARTIS. Debe entonces probar el demandante lo contrario.

En la sentencia del 30 de enero de 2001, la Corte Suprema de Justicia establece la línea jurisprudencia de la tesis de la culpa aprobada de forma clara y concisa y nos parece pertinente destacar los siguientes apartes de sus consideraciones:

> Es en la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G. J .t. XLIX, págs. 116 y s.s), donde la Corte, empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ellas, además de indicar que en este tipo de casos no solo debe exigirse la demostración de "la culpa del médico sino también la gravedad", expresamente descalificó el señalamiento de la actividad medica como "una empresa de riesgo", porque una tesis así seria "inadmisible desde el punto de vista legal y científico" y haría "imposible el ejercicio de la profesión".

- Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J No. 2419, págs. 407 y s.s), afirmándose que **"…el medico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tengan a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en**

caso de reclamación, este deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación". Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s), se ratificó la doctrina, inclusive invocado la sentencia de 5 de marzo 1940, (…) La tesis de la culpa probada la consolidad las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998.

"Aunque para la Corte **es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de casualidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento medico primeramente señalado),**y que en torno a ese panorama axiológico **debe operar el principio de la carga de la prueba(artículo 177 del Código de Procedimiento Civil), visto con un sentido dinámico, socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito en la norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende de probarlas,** resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema **antes que la demostración de la culpa, está en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente,** porque como desde 1940 lo afirmo la Corte en la sentencia de 5 de marzo, que es ciertamente importante, "**el medico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado".**

En ese sentido la Corte, en sentencia del 22 de julio de 2010, afirma lo siguiente:
"(…) en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que **ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001 entre otras).**

Empero, a esa conclusión no se opone que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, **asiente determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica en el caso concreto.** En efecto, como quiera que es posible que una rigurosa aplicación de la disposición contenida en el artículo 177 del código de Procedimiento Civil puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, **por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima,** no es insensible la Corte ante esa situación, motivo por el cual asienta que, **teniendo en consideración las particularidades de cada caso en concreto, lo que repele indebidos intentos de generalización o de alteración de los principios y mandatos legales, y en la medida que sea posible, puede el juez acudir a diversos instrumentos que atenúan o "dulcifican" (como lo denominan la doctrina y la jurisprudencia españolas) el rigor del reseñado precepto.**

Así, dependiendo de las circunstancias del asunto, se insiste una vez más, es posible que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 Ibídem);o que acuda a razonamiento lógicos como el principio res ipsa loquitur (como cuando se olvida una gasa o material quirúrgico en la zona intervenida, o sea amputa el miembro equivocado, etc.);o Teniendo en

consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico deduzca una "culpa virtual" o un "resultado desproporcionado", todo lo anterior se reitera aun a riesgo de fastidiar sin que sea admisible la aplicación de criterios generales que sistemática e invariablemente quebranten las reglas de Distribución de la carga de la prueba previstos en el ordenamiento"

La Corte Suprema de Justicia en Sentencia recién respecto de la carga de la prueba del demandante, expresa:
"Corolario de lo expuesto, es que, en línea de principio, las acciones dirigidas a que se declare la responsabilidad civil derivadas de la actividad profesional médica, siguen la regla general que en cuanto hace a la carga probatoria contempla el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, por lo que compete al demandante acreditar sus elementos estructurales, entre ellos, la culpa de la parte demandada, sin que tal deber resulte desvirtuado por la circunstancia de que, según las particularidades de determinados casos, pueda flexibilizarse dicho principio procesal y, en tal en procura de tener por acreditados los requisitos axiológicos propios de imputación subjetiva del galeno demandado".

En caso que nos ocupa debe entonces necesariamente probarse la culpa del actuar tanto del personal médico, concretamente de la IPS Clínica Materno Infantil San Luis, así como de Coomeva EPS, de no probarse la misma no procede

II. INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD. AUSENCIA DE CULPA.

La CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A., en forma oportuna y en óptimas condiciones, utilizando todo el recurso humano, técnico y científico, a través de un contrato suscrito con SURA **EPS**, al menor ADRIAN PINTO OROZCO quien ingresó por URGENCIAS a la Institución Hospitalaria que represento para recibir atención médica, en el periodo comprendido entre el 18 agosto 18/2016 al 15 de septiembre de 2016

Se trata de un menor de 4 meses de edad que es traído a consulta en el servicio de urgencia por presentar sintomatología respiratoria consistente en rinorrea hialina, congestión nasal, tos con movilización de secreciones, rubicundizante, no cianosante, no emetizante, de aproximadamente una semana de evolución que al examen físico se le encuentra **roncus pulmonares que denotan algún grado de obstrucción a nivel de vías respiratorias asociado a presencia de fiebre, que son signos sugestivos de patología pulmonar.** Producto de esta evaluación se ordena la realización de ayudas diagnosticas como son radiografía de tórax, hemograma y terapia con realización de micronebulizaciones. Paraclínicos que son evaluados en subsiguientes horas con interpretación preliminar de no estar alterados, sin embargo, con persistencia de los síntomas en el menor, incluida la fiebre por lo cual se amplía solicitud de paraclínicos y se le da manejo terapéutico para mitigar la fiebre y se solicita dejar en observación para seguimiento (8 horas después de consulta inicial); hasta el momento manejando como impresión diagnostica de Bronquiolitis (proceso infeccioso de origen viral).

Como parte de su evaluación de seguimiento en observación (17 horas después de consulta) persiste febril e irritable con hallazgos patologías en ambos campos pulmonares; con abdomen distendido que impresiona doloroso a la evaluación, se amplía realización de paraclínicos y se evalúa el solicitado como prueba rápida para detección de virus más frecuente de bronquiolitis que es el sincitial respiratorio, el cual reporta negativo. Como parte de rutina de evolución y seguimiento es valorado en observación sobre las 00:18 horas del día 19 de agosto (20 horas después del ingreso) con hallazgos de persistencia de irritabilidad, distensión de asas intestinales, laboratorio de PCR muy elevado (cobra relevancia en procesos inflamatorios o infecciosos) razón por las cuales se plantea realizar punción lumbar (procedimiento diagnóstico para descartar alteración o proceso infeccioso a nivel de sistema nervioso central) y laboratorios adicionales como son los hemocultivos y ecografía abdominal ; desde el punto de vista terapéutico se prescribe inicio de antibioticoterapia con Ampicilina-Sulbactam dado que la impresión diagnostica migra o se amplía a una infección de origen bacteriano.
A partir de este momento se empieza a contemplar como posibilidad diagnostica una septicemia de origen no identificado y se pone en duda el de bronquiolitis. Su sintomatología respiratoria aumenta y a nivel de Rx de tórax se visualiza una imagen neumónica caracterizada por derrame pleural y neumotórax por lo cual se re direcciona terapia antibiótica

cambiando hacia piperacilina tazobactam y vancomicina y posteriormente a ceftriaxona con enfoque diagnóstico de neumonía por estafilococo o neumococo por los hallazgos radiológicos característicos. Progresivamente por el compromiso presentado el menor requirió manejo en unidad de cuidado intensivo pediátrico para soporte ventilatorio, estando allí por espacio de 21 días y recibiendo manejo conservador con terapia antibiótica de amplio espectro, soporte ventilatorio, terapia respiratoria. Por evolución estacionaria y sospecha de fistula broncopleural se considera necesario llevar a cirugía con realización de procedimiento quirúrgico a nivel pulmonar (toracotomía +decorticación) en el día 17 de hospitalización y 13 de estancia en UCIP). Posterior a procedimiento superado su postoperatorio inmediato se ubica en unidad de cuidado intermedio, sin ventilación mecánica, continuando terapia antibiótica, con toracotomía, soporte de traía respiratoria presenta evolución favorable con egreso hospitalario para el día 15/09/16.

Posterior al procedimiento quirúrgico y derivado de las muestras tomadas allí se aisló como germen infectante a un Staphylococcus Aureus. **Los Estafilococos son una familia de bacterias Gram positivas de amplia distribución en el mundo. La bacteria *Staphylococcus aureus* está presente en la nariz (por lo general de forma temporal) de cerca del 30% de los adultos sanos y en la piel de cerca del 20% de estos**. Puede producir una amplia variedad de patologías que van desde las más leves como las cutáneas (foliculitis) hasta las más graves como osteomielitis, sepsis, endocarditis, neumonía.

La forma más frecuente de propagación de persona a persona es por contacto directo, a través de objetos contaminados. Los **portadores** son personas que tienen la bacteria, pero no presentan sintomatología alguna trasladando las bacterias de su nariz a otras partes del cuerpo con sus manos, lo que en ocasiones puede provocar la infección. Esta situación también es compartida obviamente por el personal asistencial de los centros médicos.

En este caso en particular el menor ingresa con sintomatología franca de un proceso infeccioso pulmonar dado por presencia fiebre y ruidos respiratorios alterados, que por la edad de menor como primera instancia se consideró con la impresión diagnostica de bronquiolitis, que es una patología también tracto respiratorio de origen viral, frecuente en esta edad y asociada a temporada de lluvias. De hecho, mediante pruebas se descartó infección por el germen viral más común para esta patología que es el virus sincitial respiratorio (VSR). Durante su proceso de atención inicial no presento mejoría con relación a síntomas y motivo de consulta por lo cual el equipo médico que atendió tuvo que ampliar su perfil diagnóstico, incluso descartando patología de infección a nivel de sistema nervioso central y gastrointestinal. En las siguientes horas con afloramiento de más sintomatología se considera inicio de antibiótico por los indicios de infección bacteria aun cuando no se tenía claro el foco primario; posteriormente en hallazgos radiológicos se comprueba la presencia de un proceso neumónico. Basado en lo anterior, el inicio de síntomas, el motivo de consulta y la instauración y progresión de la patología no existe certeza que su proceso infeccioso haya sido mediante contagio intrahospitalario, teniendo en cuanta también la amplia distribución y presencia del germen aislado en la población en general como flora bacteriana colonizadora.

De acuerdo a lo anterior, tenemos que este paciente ingreso con síntomas respiratorios compatibles con una neumonía izquierda complicada con derrame **adquirida en comunidad** y dentro de las primeras 72 horas de su estancia hospitalaria crece el germen aislado en liquido pleural (S.Aureus), por lo que **no cumple con criterios para considerarse una infección asociada a la atención en salud**, ya que el crecimiento de este germen se considera igualmente adquirido en la comunidad.

En virtud del precepto jurídico en comento ampliamente relevante para definir el asunto que nos mantiene ocupados, de manera ineludible debe conceptuarse en primer término que consiste el llamado nexo causal, entendido como uno de los requisitos indispensables para entender desde una perspectiva material y fenomenológica a quien se le imputa un daño; en ese orden de ideas, sostiene la doctrina lo siguiente:

> "La doctrina tradicional considera que primero se ha de indagar por la causalidad física para establecer si un determinado evento es causal respecto de un resultado, y con posterioridad hacer una valoración normativa de esos acontecimientos que module la causalidad"

No huelga resaltar que modernamente la responsabilidad civil camina de la mano de las teorías de la causalidad, y en específico de la teoría de la causalidad adecuada. El estudio causal de

este caso, como en todos los eventos de responsabilidad médica, debe hacerse a través de un estudio como en todos los eventos de responsabilidad médica, debe hacerse a través de un estudio retrospectivo donde se tienen en cuenta de los hechos acaecido que se consideran han sido el antecedente de la consecuencia producida, teniendo siempre presente que en este proceso cada antecedente es eslabón más de la cadena causal de que intervenido en la generación del hecho que se investiga.

Con la carga de la prueba a cargo de los demandantes que se impone de tener que probar el nexo de causalidad en los procesos de responsabilidad civil, es establecer una relación entre la conducta asumida por una persona y las consecuencias de sus actos. Dicho de otra manera, lo que se pretende es probar por parte de los demandantes, la existencia de una conexión necesaria entre un antecedente (CAUSA) y un consiguiente (EFECTO).

La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar e juicio de responsabilidad.

Bajo este tópico, en sentido estricto, la imputación jurídica tiene como propósito determinar, si en el plano de lo jurídico, el daño es atribuible o no a un sujeto de derecho, sobre quien recae en principio la responsabilidad de repararlo; de ahí, frente a la anterior circunstancia jurídica, el reconocido tratadista Jorge Santos Ballesteros quien muy bien expone:

> "Solo es obligado a la indemnización quien haya provocado un daño y en segundo término el daño debe ser resultado de una conducta antijurídica"

Así pues, en sujeción a los anteriores lineamientos doctrinales y jurisprudenciales, al descender al caso *in-examine*, certero es aseverar desde este momento, la insuficiencia del argumento de la parte demandante, para atribuir el daño irrogado en la demanda toda vez que el supuesto actuar negligente e indebido reprochado por la parte actora, no le es imputable a la entidad que represento CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A., por cuanto la causa adecuada del supuesto daño deprecado, no se debió,-como lo adujo la parte accionante- en razón de una actuación irregular, o culposa en los actos médicos que se desplegaron al paciente ADRIAN PINTO OROZCO, tal como lo explique en la contestación de los hechos de la demanda y que explícitamente se plasma en el historial clínico obrante en el expediente, en donde fácilmente se colige que las prestaciones de carácter médico-asistencial ejecutados, correspondieron ecuménicamente y nunca se apartaron de los protocolos y principios de la *lex artis*, que ameritaban razonadamente el estado clínico del paciente, por parte del personal médico y paramédico de la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

Consecuencialmente, se puede afirmar sin dubitación alguna, que en el caso que nos mantiene ocupados no existió en manera algún error de conducta que configure negligencia, impericia, imprudencia o desconocimiento de una norma que puedan derivar culpa a mi representada CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A., obligándolo a responder por acción o por omisión.

III. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL O EXTRACONTRACTUAL DE LA CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. RESPECTO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS RECLAMADOS POR LOS DEMANDANTES.

Resultará probado que no existió responsabilidad extracontractual por lo expuesto al sustentar las excepciones anteriores; además, se probará que lo ocurrido con el paciente **ADRIAN PINTO OROZCO** hijo de los aquí accionantes, no obedeció a falla humana o institucional alguna y menos de parte de la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A., Por ello no hay lugar a la prosperidad de las pretensiones contenidas en la demanda.

Mi representada la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A., en forma oportuna y en óptimas condiciones, utilizando todo el recurso humano, técnico y científico, a través de un contrato suscrito con **SURA EPS.,** atendió al menor **ADRIAN PINTO OROZCO,** menor hijo de los aquí accionante poniendo a su servicio toda la infraestructura sanitaria y su recurso humano altamente capacitado.

Para ilustrar esta excepción debemos partir de que ha quedado jurisprudencialmente desvirtuado de nuestro ordenamiento que la responsabilidad por la prestación del servicio médico de obstetricia admita imputación bajo un régimen objetivo de responsabilidad colocándola en un régimen subjetivo o que implica la necesidad de probar por parte del demandante la falla en el servicio y el nexo de causalidad: *"el hecho de que la evolución del embarazo hubiera sido normal, pero que el proceso del alumbramiento no hubiera sido satisfactorio constituye un indicio de dicha falla*"" (CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo contencioso Administrativo, Sección tercera. Sentencia del 7 de diciembre de 2004. (Sentencia Numero 14.767)

Entonces, la víctima es quien debe probar el daño, la culpa o falla en el acto obstétrico y el nexo causal, sin trasladar la carga de la prueba a la entidad hospitalaria o al médico tratante. Así las cosas, son procedentes todos los medios probatorios legales, con el indicio como la prueba por excelencia ante la falta de prueba directa. Es entonces, necesaria la demostración de los tres elementos que configuran la responsabilidad civil y en particular la del nexo de causalidad en cabeza desde luego del demandante.

La prueba indiciaria ha sido relegada por la jurisprudencia solo a aquellos casos donde el límite de los conocimientos tecnológicos y científicos impida obtener una prueba directa y cierta de la causa eficiente del daño, el cual no es el caso que nos ocupa pus aquí si queda clara y directamente probado por la historia clínica y la aplicación precisa de la **Lex Artix**, la inexistencia de un nexo de causalidad entre el actuar médico de la Clínica Materno Infantil San Luis, el fallecimiento de la menor y los padecimientos de su núcleo familiar.

Así las cosas, NO está probado, como lo requiere la jurisprudencia, ni puede probarse (ya que no fue así) que exista vínculo alguno entre el actuar de la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. y el daño sufrido por los accionantes.

IV. **APLICACIÓN DE LA LEX ARTIS O ESTADO DEL ARTE**.

La *lex artis* ha sido definida como:

"Uno de los criterios para verificar la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, es decir, como método de evaluación, la llamada lex artis, que lleva a tener en cuenta, como lo ha explicado el Tribunal Supremo Español (Sentencia del 11 de marzo de 1991), las especiales características del autor, su especialidad, la complejidad del acto, la trascendencia vital para el paciente, los medios disponibles, el lugar y momento del acto, el estado intervención del enfermo, en fin, disponibles, el lugar y momento del acto, el estado e intervención del enfermo, en fin, todas las circunstancias que de algún modo inciden en la intervención o acto médico ejecutado" (tomado del libro La Responsabilidad Civil Médica. RAMIREZ GOMEZ JOSE FERNANDO)

Sobre la idea precitada, la tendencia jurisprudencial, alumbra que para la exoneración de la responsabilidad galénica en su estado del arte:

> *"El medico en el ejercicio de su profesión está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza, muy particularmente de raigambre ética –no por ello desprovistos de eficacia jurídica- los cuales podrán servir de parámetro para evaluar en un momento determinado, el grado de dirigencia y responsabilidad empleados por el galeno en el cumplimiento de su oficio. Es por ello por lo que se ha entendido en las normas que disciplinas la ética médica, se traducen en competente de su lex artis, con todo lo que ello supone, especialmente en la esfera de su responsabilidad como tal, susceptible de ser valorada o si prefiere juzgada por los órganos y autoridades competentes para ello."*

En vista de lo primigenio, es claro entonces que el profesional de la salud para actuar dentro de la LEX-ARTIS de la ciencia médica, debe tener los conocimientos necesarios y exigibles para poder ejercer la medicina sin temeridad, lo que para el asunto que nos ocupa es fácilmente verificables, dado que los profesionales que asistieron al entonces paciente, gozan de una expedienta absolutamente reconocible; tal como se entrevé en la lectura medica-historial- en donde se verifican que positivamente los actos médicos desplegaos por los galenos de la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. se caracterizan de ser peritos e idóneos.

V. LA GENERICA.

Solicito declarar todo medio exceptivo, cuyo fundamento factico se demuestre en el proceso, atendiendo lo dispuesto en el C.P.A.C.A. que reza:

"***ARTICULO 187****…En la sentencia se decidirá sobre las excepciones propuestas y* ***sobre cualquier otra que el fallador encuentre probada****. El silencio del inferior no impedirá que el superior estudie y decida todas las excepciones de fondo, propuestas o no, sin perjuicio de la no reformatio in pejus…*" (Negrillas fuera de texto)

PRUEBAS

Manifiesto a su despacho que me acojo a las pruebas que existan en el proceso en cuanto sean favorables a los intereses de mi patrocinada. En igual forma me adhiero a la solicitud de pruebas solicitadas por los demás sujetos procesales.

Solicito al señor Juez se sirva decretar y tener en cuenta como tales las siguientes:

a) Testimonial

Con el fin de que rindan declaración TECNICA bajo la gravedad de juramento, sobre lo que les conste de los hechos de esta demanda y su contestación, ruego a su Despacho hacer comparecer a las siguientes personas, todas mayores de edad y vecinas de la ciudad de Bucaramanga, quienes participaron de los actos médicos consignados en la historia clínica del paciente.

NOMBRE DEL MEDICO	**ESPECIALIDAD**	**CELULAR**	**E-MAIL**
GISELA HERNÁNDEZ MANTILLA	MÉDICO GENERAL	3022032982	GHM08@HOTMAIL.COM
VÍCTOR MANUEL MORA BAUTISTA	MÉDICO PEDIATRA	3015221033	VMORAMD@OUTLOOK.COM
LILIANA BAREÑO NIÑO	MEDICO PEDIATRA	3112371855	LILIANABARNI@GMAIL.COM
DANUIL LOBO QUINERO QUINTERO	MÉDICO PEDIATRA	3114746581	DANUIL70@GMAIL.COM
JONATHAN GELER RAMÍREZ FUENTES	MÉDICO PEDIATRA	3178081251	JONELLJONELL@HOTMAIL.COM
SANDRA JANNETH MORENO LOZANO	MÉDICO NEUMOLOGO	3112292498	DRSANDRAUIS@YAHOO.COM
CARLOS JOSE ORTIZ LIZCANO	MÉDICO PEDIATRA	3167410377	CARLOSJORTIZ21@GMAIL.COM

Los médicos acabados de mencionar, pueden ser citados en la CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. ubicada en la calle 48 No. 25-56 de la ciudad de Bucaramanga, lugar de su trabajo

b) Documental.
- Historia clínica AUTENTICA tomada de la original, del paciente **ADRIAN PINTO OROZCO**. En 637 folios

ANEXOS:

- El poder conferido para actuar y certificado de existencia y representación de mi representada.

- Historia clínica AUTENTICA tomada de la original del paciente **ADRIAN PINTO OROZCO**. En 637 folios

-Respuesta de la Clínica Materno Infantil San Luis, calendada del 24 de septiembre de 2020 al derecho de petición de la parte accionante.

NOTIFICACIONES:

Mi poderdante las recibirá en la calle 48 No. 25-56 de la ciudad de Bucaramanga. E-mail: **juridica@clinicasanluis.com.co**

Los accionantes en las direcciones que aparecen en la demanda introductoria.

La suscrita apoderada las recibiré en la secretaria de su Despacho o en mi oficina de la calle 35 # 19-41 oficina 709 Edificio LA TRIADA, celular 3103379111 de la ciudad de Bucaramanga. Correo electrónico: **virgi1159@hotmail.com**

Del Señor Juez,

VIRGINIA VILLAMIZAR DE CAMACHO
C.c. 37.800.461 de Bucaramanga.
T.P. No 60.962 del C.S.J.

Virginia Villamizar de Camacho
Abogada Especialista en Derecho Comercial.
Universidades USTA y Externado de Colombia.

SEÑORA JUEZ
ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA
E. S. D.

REF: DECLARATIVA-RESPONSAILDAD CIVIL MEDICA
DDTES: DAYANA ALEXANDRA OROZCO ORTIZ Y UZZI OTHONIEL PINTO y OTROS
DDO: **CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. y SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**

RAD.: 68001-3103 011 **2022-00075-00**

CRISTIAN EDUARDO ANGARITA MILLAN, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Bucaramanga, identificado con la CC. 91.213.049 expedida en Bucaramanga actuando en mi calidad de Representante Legal Suplente de la codemandada **CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A**. con domicilio social en la ciudad de Bucaramanga e identificada con la NIT. 890208758-8, email: **juridica@clinicasanluis.com.co** teléfono 6430026 respetuosamente me permito manifestar a su Despacho que confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada **VIRGINIA VILLAMIZAR DE CAMACHO**, identificada con la c.c. 37.800.461 de Bucaramanga y la T.P. 60.962 del C.S.J. correo electrónico ***virgi1159@hotmail.com,*** para que represente y haga valer los derechos de la CLINICA dentro del proceso de la referencia.

La abogada VILLAMIZAR DE CAMACHO, queda ampliamente facultada para notificarse del auto admisorio de la demanda, contestar la demanda, formular recursos, recibir, desistir, transigir, delegar, sustituir, reasumir el poder, CONCILIAR, tachar documentos y demás facultades inherentes al mandato conferido en defensa de los intereses de esta Empresa, conforme a lo dispuesto en el artículo 74 del C.G.P.

Del Señor Juez,

CRISTIAN EDUARDO ANGARITA MILLAN
CC. 91.213.049 de Bucaramanga

ACEPTO:

VIRGINIA VILLAMIZAR DE CAMACHO
T.P. 60.962 del C.S.J.
CC. 37.800.461 de Bucaramanga.
Correo electrónico virgi1159@hotmail.com

C.C: 91213049.

EL SUSCRITO NOTARIO OCTAVO DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA
Da testimonio de que la firma puesta en el presente documento corresponde a la registrada ante mi por

19 MAY 2022

CRISTIAN EDUARDO ANGARITA MILLAN

DR. MANUEL SALVADOR VERA NIÑO
CIRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA
NOTARIO OCTAVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
DPTO. DE SANTANDER
NOTARIA OCTAVA DEL CIRCULO
BUCARAMANGA

Bucaramanga, 24 de septiembre de 2020

Señora
VANESSA OSORIO RAVELO
vosorio122@hotmail.com

Referencia: **Respuesta a su solicitud**

Cordial saludo,

Por medio de la presente nos permitimos dar respuesta a la solicitud recibida a través de correo electrónico, frente a cada uno de sus interrogantes:

1. **¿Cuáles fueron las medidas de prevención y protocolos tendientes a evitar las infecciones nosocomiales de pacientes internados en UCI para el año 2016?**

La Institución contaba con los siguientes protocolos:

- ✓ PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS I-CSL-09 Versión Inicial 06-10-2015
- ✓ MANUAL DE BIOSEGURIDAD M-CSL-01 Versión Inicial Sep/2009
- ✓ PROCOLOLO DE AISLAMIENTO I-CSL-62 Versión Inicial 09/08/2011
- ✓ PROCTOCOLO CATETERISMO VESICAL I-CSL-65 Versión Inicial 07/02/2012
- ✓ PROTOCOLO MANEJO DE CATETERES I-CSL-68 Versión Inicial 25-06-2012
- ✓ PROTOCOLO PREVENCION NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA I-UCI-157 Versión Inicial 19/08/2015

2. **¿Cuáles son los programas de formación continua que se realizaron en el año 2016, tendientes a evitar las infecciones nosocomiales, dirigidos a las enfermeras, médicos y personal del aseo que laboran en las UCI?**

Para el año 2016 se presentó un cronograma de actividades en el programa de capacitación que fue distribuido de la siguiente manera:

UCIP:

Resocialización y evaluación sobre manejo de catéter de inserción periférica, cateterismo vesical, lavado e higienización de manos, higiene del paciente, que se realizó en el mes de enero.

Resocialización y evaluación sobre lavado de manos, NAVM, cateterismo Vesical, Sujeción de pacientes, que se realizó en el mes de octubre.
UCIA:

Resocialización y evaluación sobre manejo de catéter de inserción periférica, cateterismo vesical, lavado e higienización de manos, higiene del paciente, que se realizó en el mes de septiembre.

Resocialización y evaluación sobre lavado de manos, NAVM, cateterismo Vesical, Sujeción de pacientes, que se realizó en el mes de septiembre.

UCIN:

Resocialización y evaluación sobre manejo de catéter percutáneo, venopunción, aislamiento Hospitalario, paciente fallecido, profilaxis umbilical, lavado e higiene de manos, que se realizó en el mes de mayo.

Socialización y evaluación de instructivos sobre: manejo de catéteres percutáneos, NAV, Lavado e higienización de manos e higiene del R.N, que se realizó en el mes de octubre.

Así mismo, se dispuso de acuerdo a la necesidad identificada, de un nuevo lavamanos en el servicio de UCIN, como acción correctiva N°4 de ese año, tendiente a garantizar el lavado de manos.

3. **¿Cuáles son los equipos de respuesta rápida ante la sospecha de una infección nosocomial en un paciente internado en una UCI, adoptados por la clínica materno infantil San Luis para el año 2016?**

Una vez el paciente se encuentra hospitalizado, y se sospecha de infección nosocomial, se inicia el tratamiento médico indicado como lo son los antibióticos, previa toma de hemocultivos, que de acuerdo al antibiograma se guía la continuidad del antibiótico.

Cualquier persona que tenga atención directa con el paciente debe notificar la sospecha para que el comité de infecciones analice el caso y confirme o descarte si se trata de IAAS. El paso a paso del comité de infecciones se encuentra en el I-CSL-25 PROTOCOLO GESTIÓN DEL COMITÉ DE INFECCIONES.

4. **¿Cuáles fueron las normas técnicas, tendientes a evitar las infecciones nosocomiales de pacientes internados en el año 2016?**

Se reitera que la Institución contaba con los siguientes protocolos:

- ✓ PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS I-CSL-09 Versión Inicial 06-10-2015
- ✓ MANUAL DE BIOSEGURIDAD M-CSL-01 Versión Inicial Sep/2009
- ✓ PROCOLOLO DE AISLAMIENTO I-CSL-62 Versión Inicial 09/08/2011

- ✓ PROCTOCOLO CATETERISMO VESICAL I-CSL-65 Versión Inicial 07/02/2012
- ✓ PROTOCOLO MANEJO DE CATETERES I-CSL-68 Versión Inicial 25-06-2012
- ✓ PROTOCOLO PREVENCION NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA I-UCI-157 Versión Inicial 19/08/2015

5. **¿Qué Agentes infecciosos existían en la entidad hospitalaria, para el año 2016?**

Para el año 2016 los 5 principales s microorganismos aislados en la institución fueron:

- ✓ ESCHERICHIA COLI
- ✓ ESTAFILOCOCO EPIDERMIDIS
- ✓ KLEBSIELLA PNEUMONIAE
- ✓ PSEUDOMONA AERUGINOSA
- ✓ ESTAFILOCOCO AUREUS

6. **¿Para el año 2016, cuantos pacientes con staphylococcus aureus se reportaron en la UCI de la Clínica materno infantil San Luis?**

En la vigencia 2016 se presentaron en toda la Institución 10 casos de los cuales 3 fueron aislados en UCI.

En los anteriores términos damos respuesta a sus requerimientos.

Cordialmente,

CHRISTIAN G. ORDOÑEZ
Director Médico
CLÍNICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA

CERTIFICADO GENERADO A TRAVÉS DE RUES
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BUCARAMANGA, 2022/05/26 HORA: 7:58:28
298904

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: H1W0215088

LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR EL CONTENIDO Y CONFIABILIDAD, INGRESANDO A WWW.CAMARADIRECTA.COM OPCIÓN CERTIFICADOS ELECTRONICOS Y DIGITANDO EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN CITADO EN EL ENCABEZADO. ESTE CERTIFICADO, QUE PODRÁ SER VALIDADO DE MANERA ILIMITTADA, DURANTE 60 DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN, CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERÓ EN LAS VENTANILLAS O A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CÁMARA.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DE SOC. ANONIMA DE:
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

ESTADO MATRICULA: ACTIVO

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, CON FUNDAMENTO
EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

C E R T I F I C A

FECHA DE RENOVACIÓN: MARZO 30 DE 2022
GRUPO NIIF: GRUPO II.

C E R T I F I C A

MATRICULA: 05-016014-04 DEL 1982/04/06
NOMBRE:CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.
NIT: 890208758-8

DOMICILIO: BUCARAMANGA

DIRECCION COMERCIAL: CL. 48 NO 25-56
MUNICIPIO: BUCARAMANGA - SANTANDER
TELEFONO1: 6430026
TELEFONO3: 3158227249
EMAIL : financiera@clinicasanluis.com.co

NOTIFICACION JUDICIAL
DIRECCION: CL. 48 NO 25-56
MUNICIPIO: BUCARAMANGA - SANTANDER
TELEFONO1: 6430026
TELEFONO3: 3158227249
EMAIL : financiera@clinicasanluis.com.co

CONSTITUCION: QUE POR ESCRIT. PUBLICA No 0936 DE 1982/03/26 DE NOTARIA 03 DE BUCARAMANGA INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 1982/04/06 EN EL FOLIO 75 DEL LIBRO 9, TOMO 113 , SE CONSTITUYO LA SOCIEDAD DENOMINADA "CLINICA PEDIATRICA SAN LUIS LIMITADA"

Signature Not Verified
Firma Electrónica

CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

C E R T I F I C A

QUE POR ESCRITURA NO. 6.937, DEL 31-12-90, DE LA NOTARIA 3 DEL CIRCULO DE BUCARA MANGA, INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 21-02-91, CONSTA QUE SE TRANSFORMO LA SOCIEDAD "CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS LTDA." A SOCIEDAD ANONIMA Y QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA: "CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A."

C E R T I F I C A

QUE DICHA SOCIEDAD/ENTIDAD HA SIDO REFORMADA POR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	ENTIDAD	CIUDAD	INSCRIPC.
6003	1983/12/28	NOTARIA 03	BUCARAMANGA		1984/01/05
0209	1986/01/24	NOTARIA 03	BUCARAMANGA		1986/02/14
ESCRIT. PUBLICA					
6937	1990/12/31	NOTARIA 03	BUCARAMANGA		1991/02/21
ESCRIT. PUBLICA					
7689	1991/12/31	NOTARIA 03	BUCARAMANGA		1992/04/23
ESCRIT. PUBLICA					
3964	1996/06/21	NOTARIA 03	BUCARAMANGA		1996/06/27
ESCRIT. PUBLICA					
7149	1997/11/19	NOTARIA 03	BUCARAMANGA		1997/11/26
ESCRIT. PUBLICA					
519	1999/02/23	NOTARIA 02	BUCARAMANGA		1999/03/09
ESCRIT. PUBLICA					
4257	2002/09/27	NOTARIA 03	BUCARAMANGA		2002/10/01
ESCRIT. PUBLICA					
3672	2003/12/16	NOTARIA 02	BUCARAMANGA		2003/12/17
ESCRIT. PUBLICA					
1271	2014/04/04	NOTARIA 03	BUCARAMANGA		2014/04/10
1808	2014/05/15	NOTARIA 03	BUCARAMANGA		2014/05/22
ESCRIT. PUBLICA					
1242	2021/04/23	NOTARIA 01	BUCARAMANGA		2021/04/28

C E R T I F I C A

VIGENCIA ES: DESDE EL 1982/03/26 HASTA EL 2050/12/31

C E R T I F I C A

OBJETO SOCIAL: QUE POR ESCRITURA PUBLICA NRO. 1271 DEL 2014/04/04 DE LA NOTARIA 03 DE BUCARAMANGA, ANTES CITADA CONSTA LA REFORMA: ARTÍCULO 4°. OBJETO SOCIAL. LA SOCIEDAD TENDRÁ POR OBJETO SOCIAL: 1) LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, HOSPITALARIOS, FARMACÉUTICOS Y DE LABORATORIO, Y DEMÁS SERVICIOS RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON EL EJERCICIO DE LA MEDICINA. 2) LA PRESTACIÓN O CONTRATACIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS, COMERCIALES, TÉCNICOS Y FINANCIEROS PARA TALES PROPÓSITOS. 3) LA COMPRA Y VENTA DE EQUIPOS MÉDICO- CIENTÍFICOS, QUIRÚRGICOS, CLÍNICOS Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN GENERAL. 4) INTERVENIR COMO ASOCIADA EN LA CONSTITUCIÓN DE SOCIEDADES; SER ADMINISTRADORA DE LAS MISMAS; NEGOCIAR LAS PARTES DE INTERÉS, CUOTAS O ACCIONES, SIEMPRE Y CUANDO QUE TALES SOCIEDADES TENGAN COMO OBJETO EL DESARROLLAR ALGUNA O ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES A QUE SE REFIERE ESTE ARTÍCULO. 5) PARTICIPAR EN LA CONSTITUCIÓN DE ESCUELAS DE FORMACIÓN TÉCNICO O PROFESIONAL O VINCULARSE A LAS YA CONSTITUIDAS. EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL LA COMPAÑÍA PODRÁ: 1. ADQUIRIR LOS BIENES CORPORALES O INCORPORALES, TANGIBLES O INTANGIBLES, MUEBLES E INMUEBLES, ENAJENARLOS, DARLOS Y RECIBIRLOS EN ARRENDAMIENTO, O PRÉSTAMO O USUFRUCTO, GRAVARLOS Y LIMITARLOS EN CUALQUIER FORMA Y A CUALQUIER TÍTULO; 2. ASOCIARSE CON OTRA U OTRAS EMPRESAS DE LA MISMA ÍNDOLE; 3. DAR Y RECIBIR DINERO EN MUTUO CON LAS GARANTÍAS QUE SE EXIJAN. 4. CONTRATAR TERCERAS PERSONAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE CONSTITUYEN SU OBJETO, CONTRATANDO CON PERSONAS JURÍDICAS, NATURALES O INDEPENDIENTES, LAS PRESTACIONES DE TALES SERVICIOS. 6) CONSTITUIR O ASOCIARSE, EN LA FORMACIÓN DE ESCUELAS TÉCNICO O

CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

PROFESIONAL,

C E R T I F I C A

CAPITAL			NRO. ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	:	$1.500.000.000	1.500.000	$1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	:	$604.012.000	604.012	$1.000,00
CAPITAL PAGADO	:	$604.012.000	604.012	$1.000,00

C E R T I F I C A

REPRESENTACION LEGAL: QUE POR ESCRITURA PUBLICA NRO. 1271 DEL 2014/04/04 DE LA NOTARIA 03 DE BUCARAMANGA, ANTES CITADA CONSTA LA REFORMA: ARTÍCULO 79º: GERENTE. LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA SOCIEDAD Y LA GESTIÓN DE LOS NEGOCIOS SOCIALES ESTARÁN A CARGO DE UN GERENTE DESIGNADO POR LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD PARA PERÍODOS DE UN (1) AÑO. ARTÍCULO 80º. SUPLENTE DEL GERENTE. EN LOS CASOS DE FALTA TEMPORAL O ACCIDENTAL DEL GERENTE, Y MIENTRAS SE PROVEE EL CARGO, O CUANDO SE HALLASE LEGALMENTE INHABILITADO PARA ACTUAR EN ASUNTO DETERMINADO, EL GERENTE SERÁ REEMPLAZADO POR DOS (2) SUPLENTES DEL GERENTE DESIGNADO IGUALMENTE POR LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD, UNO DE LOS CUALES DEBERÁ SER FUNCIONARIO VINCULADO A LA ADMINISTRACIÓN DE LA SOCIEDAD.

C E R T I F I C A

QUE POR ACTA No 339 DE 2005/08/18 DE JUNTA DIRECTIVA INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2005/09/07 BAJO EL No 64089 DEL LIBRO 9, CONSTA:

CARGO	NOMBRE
GERENTE	PRADA MARIN SERGIO EDUARDO
	DOC. IDENT. C.C. 91200442

QUE POR ACTA No 514 DE 2014/04/22 DE JUNTA DIRECTIVA INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2014/05/26 BAJO EL No 118935 DEL LIBRO 9, CONSTA:

CARGO	NOMBRE
PRIMER SUPLENTE DEL GERENTE	GARCIA HARKER JORGE ENRIQUE
	DOC. IDENT. C.C. 91217065
SEGUNDO SUPLENTE DEL GERENTE	ANGARITA MILLAN CRISTIAN EDUARDO
	DOC. IDENT. C.C. 91213049

C E R T I F I C A

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: QUE POR ESCRITURA PUBLICA NRO. 1271 DEL 2014/04/04 DE LA NOTARIA 03 DE BUCARAMANGA, ANTES CITADA CONSTA LA REFORMA: ARTÍCULO 83º: FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL: EN DESARROLLO DE LO CONTEMPLADO EN LOS ARTÍCULOS 99 Y 196 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SON FUNCIONES Y FACULTADES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES LAS PROPIAS DE SU CARGO Y EN ESPECIAL LAS SIGUIENTES: 1) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, ANTE LOS ASOCIADOS, ANTE TERCEROS Y ANTE TODA CLASE DE AUTORIDADES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, FUNCIONARIOS, PERSONAS JURÍDICAS O NATURALES, ETC. 2) EJECUTAR LOS ACUERDOS Y RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y DE LA JUNTA DIRECTIVA. 3) SOMETERSE AL REGLAMENTO QUE EXPIDA LA JUNTA DIRECTIVA RESPECTO DE SUS LIMITACIONES A LAS FACULTADES COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD. 4) EJECUTAR LOS ACTOS Y CELEBRAR LOS CONTRATOS QUE TIENDAN A LLENAR LOS FINES DE LA SOCIEDAD Y EL OBJETO SOCIAL. EN EJERCICIO DE ESTA FACULTAD PODRÁ: ENAJENAR, ADQUIRIR, MUDAR, TRANSIGIR, COMPROMETER, CONCILIAR, DESISTIR, NOVAR, RECIBIR E INTERPONER ACCIONES Y RECURSOS DE CUALQUIER GÉNERO DE TODOS LOS NEGOCIOS O ASUNTOS DE CUALQUIER ÍNDOLE QUE TENGA PENDIENTE LA SOCIEDAD; DAR O RECIBIR DINERO EN MUTUO, HACER DEPÓSITOS BANCARIOS, FIRMAR TODA CLASE DE TÍTULOS VALORES Y NEGOCIAR ESTA CLASE DE INSTRUMENTOS, FIRMARLOS, ACEPTARLOS, PROTESTARLOS, ENDOSARLOS, PAGARLOS, DESCARGARLOS, TENERLOS O CANCELARLOS; COMPARECER EN JUICIOS EN QUE SE DISCUTE EL DOMINIO DE LOS BIENES SOCIALES DE CUALQUIER CLASE; FORMAR NUEVAS SOCIEDADES O ENTRAR A FORMAR PARTE DE OTRAS YA EXISTENTES. 5) TOMAR LAS MEDIDAS QUE RECLAME LA CONSERVACIÓN DE LOS BIENES SOCIALES, VIGILAR LA ACTIVIDAD DE LOS EMPLEADOS DE LA ADMINISTRACIÓN E IMPARTIR LAS ÓRDENES E INSTRUCCIONES QUE EXIJAN LA BUENA MARCHA DE LA COMPAÑÍA. 6) PREPARAR EL INFORME DE GESTIÓN CON TODOS LOS ANEXOS EXIGIDOS POR LA LEY, QUE DEBE PRESENTARSE A LA ASAMBLEA

GENERAL DE ACCIONISTAS EN LAS REUNIONES ORDINARIAS, PARA QUE SEA REVISADO Y EVALUADO POR LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD. 7) PRESENTAR A LA JUNTA DIRECTIVA O A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS EN FORMA ANUAL O CUANDO AQUELLA SE LO SOLICITE, UN INFORME DEL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL ACOMPAÑADO DE ANEXOS FINANCIEROS Y COMERCIALES. 8) PRESENTAR EN ASOCIO CON LA JUNTA DIRECTIVA LOS INFORMES Y DOCUMENTOS DE QUE TRATA LA LEGISLACIÓN COMERCIAL. 9) CONVOCAR A LA JUNTA DIRECTIVA Y A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS A SUS REUNIONES DE CUALQUIER CARÁCTER. 10) CONSTITUIR APODERADOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES PARA ADELANTAR EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD COBROS O PROCESOS EJECUTIVOS O REPRESENTAR A LA COMPAÑÍA EN PROCESOS CONCURSALES DE SUS DEUDORES. 11) DELEGAR DETERMINADAS FUNCIONES PROPIAS DE SU CARGO DENTRO DE LOS LÍMITES SEÑALADOS EN ESTOS ESTATUTOS. 12) CUIDAR LA RECAUDACIÓN E INVERSIÓN DE LOS FONDOS DE LA EMPRESA. 13) CUMPLIR Y HACER QUE SE CUMPLAN OPORTUNAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS Y EXIGENCIAS LEGALES RELACIONADAS CON LAS ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD. 14) VELAR PORQUE TODOS LOS EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD CUMPLAN ESTRICTAMENTE SUS DEBERES Y PONER EN CONOCIMIENTO DE LA JUNTA DIRECTIVA LAS IRREGULARIDADES O FALTAS GRAVES QUE OCURRAN SOBRE ESTE PARTICULAR. 15) TODAS LAS DEMÁS FUNCIONES NO ATRIBUIDAS A LA JUNTA DIRECTIVA U OTRO ÓRGANO SOCIAL QUE TENGAN RELACIÓN CON LA DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL, Y TODAS LAS DEMÁS QUE LE DELEGUE LA LEY, LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y LA JUNTA DIRECTIVA.
PARÁGRAFO 1º: EL REPRESENTANTE LEGAL DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA Y EXPRESA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS PARA LA ENAJENACIÓN GLOBAL DE LOS ACTIVOS Y PARA LA VENTA DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA SOCIEDAD. PARÁGRAFO 2º: EL REPRESENTANTE LEGAL DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA Y EXPRESA DE LA JUNTA DIRECTIVA PARA: 1. PARA COMPRAR, VENDER, HIPOTECAR O DISPONER DE LOS BIENES INMUEBLES DE LA COMPAÑÍA CUALQUIERA QUE FUERE SU CUANTÍA. 2. LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER ACTO O CONTRATO CUYA CUANTÍA SEA O EXCEDA DE DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES A LA FECHA DE LA OPERACIÓN. 3. TOMAR CRÉDITOS A CARGO DE LA SOCIEDAD, CUYA CUANTÍA SEA O EXCEDA DE DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES A LA FECHA DE LA OPERACIÓN.

C E R T I F I C A

OTRAS FUNCIONES: QUE POR ACTA NO. 097 DEL 2021/03/24 DE ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, ANTES CITADA CONSTA: ARTÍCULO 74º: FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA. SERÁN FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA LAS SIGUIENTES:...NUMERAL 3. FUNCIONES DECISORIAS: LA JUNTA DIRECTIVA DEBERÁ:... PARÁGRAFO: LA JUNTA DIRECTIVA DEBE AUTORIZAR PREVIAMENTE AL REPRESENTANTE LEGAL PARA: 1. PARA COMPRAR, VENDER, HIPOTECAR O DISPONER DE LOS BIENES INMUEBLES DE LA COMPAÑÍA CUALQUIERA QUE FUERE SU CUANTÍA. 2. LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER ACTO O CONTRATO CUYA CUANTÍA SEA O EXCEDA DE DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES A LA FECHA DE LA OPERACIÓN. 3. TOMAR CRÉDITOS A CARGO DE LA SOCIEDAD, CUYA CUANTÍA SEA O EXCEDA DE DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES A LA FECHA DE LA OPERACIÓN.

C E R T I F I C A

QUE POR ESCRITURA NO. 3672, DEL 2003/12/16, DE LA NOTARIA 2 DE BUCARAMANGA, INS CRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2003/12/17, BAJO EL NRO. 55979, DEL LIBRO IX, CONSTA: ESCISION DE LA SOCIEDAD EN VIRTUD DE LA CUAL SE TRANSFIERE PARTE DE SU PATRIMONIO A LA CREACION DE UNA NUEVA SOCIEDAD COMERCIAL BENEFICIARIA DENO MINADA INVERSORA SAN LUIS S.A.

C E R T I F I C A

JUNTA DIRECTIVA: QUE POR ACTA No 098 DE 2022/03/16 DE ASAMBLEA GRAL ACCIONISTAS INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2022/04/18 BAJO EL No 198494 DEL LIBRO 9, CONSTA:

P R I N C I P A L E S

PRIMER RENGLON	CHACON REY JORGE ANDRES	C.C.	13723690
SEGUNDO RENGLON	GUERRERO ORTEGA REYNALDO	C.C.	17007782
TERCER RENGLON	AFRICANO LEON JUAN MANUEL	C.C.	91477377
CUARTO RENGLON	VIANSER INVERSIONES S.A.S.	NIT	900640829-9
QUINTO RENGLON	HARKER CENTRO PEDIATRICO SAS	NIT	830506324-5

S U P L E N T E S

CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

PRIMER RENGLON	REY DE CHACON NANCY	C.C. 37826351
SEGUNDO RENGLON	ALVERNIA GONZALEZ SERGIO AUGUSTO	C.C. 91279147
TERCER RENGLON	AFRICANO LEON MARTHA LUCIA	C.C. 63368484
CUARTO RENGLON	MARTINEZ REY DIEGO FELIPE	C.C. 81715601
QUINTO RENGLON	REY MANTILLA MARCELA	C.C. 37826350

C E R T I F I C A

OTROS NOMBRAMIENTOS: QUE POR ACTA No 096 de 2020 DE 2020/03/19 DE ASAMBLEA GRAL ACCIONISTAS INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 2020/04/08 BAJO EL No 177033 DEL LIBRO 9, CONSTA:
REVISOR FISCAL PRINCIPAL RSM COLOMBIA BG S.A.S
NIT 900871077-8

C E R T I F I C A

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA 2022/03/30 DE REVISORIA FISCAL, INSCRITO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO EL 2022/04/18 BAJO EL NO. 198495 DEL LIBRO 9, CONSTA: LA FIRMA RSM COLOMBIA BG S.A.S. DELEGA COMO REVISOR FISCAL PRINCIPAL AL CONTADOR PÚBLICO MARTHA NELLY ROSAS NIETO IDENTIFICADA CON C.C. 63.526.551 Y T.P. 154.086-T, Y COMO REVISOR FISCAL SUPLENTE AL CONTADOR PÚBLICO MAXIMILIANO GOYENECHE TOSCANO IDENTIFICADO CON C.C. 1.098.101.831 Y T.P. 247.192-T.

C E R T I F I C A

CIIU-CODIFICACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : 8610 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN

ACTIVIDAD SECUNDARIA : 8621 ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN

C E R T I F I C A

EL COMERCIANTE ES AFILIADO A LA CAMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA DESDE: 2001/08/31

C E R T I F I C A

MATRICULA ESTABLECIMIENTO: 15902 DEL 1982/04/06
NOMBRE: CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.
FECHA DE RENOVACION: MARZO 30 DE 2022
DIRECCION COMERCIAL: CL. 48 NO 25-56
MUNICIPIO: BUCARAMANGA - SANTANDER
TELEFONO: 6430026
E-MAIL: financiera@clinicasanluis.com.co
ACTIVIDAD PRINCIPAL : 8610 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN

MATRICULA ESTABLECIMIENTO: 393313 DEL 2018/01/18
NOMBRE: CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SEDE 2
FECHA DE RENOVACION: MARZO 30 DE 2022
DIRECCION COMERCIAL: CARRERA 26 # 48 - 40 - 64 - 68
MUNICIPIO: BUCARAMANGA - SANTANDER
TELEFONO: 6430026
E-MAIL: FINANCIERA@CLINICASANLUIS.COM.CO
ACTIVIDAD PRINCIPAL : 8621 ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN

MATRICULA ESTABLECIMIENTO: 477576 DEL 2020/12/10
NOMBRE: CLÍNICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SEDE UNIDAD MEDICA
FECHA DE RENOVACION: MARZO 30 DE 2022
DIRECCION COMERCIAL: CARRERA 26 # 48 - 26 CONSULTORIO 101 - 103 - 109 - 300
MUNICIPIO: BUCARAMANGA - SANTANDER

CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

TELEFONO: 6430026
E-MAIL: FINANCIERA@CLINICASANLUIS.COM.CO
ACTIVIDAD PRINCIPAL : 8621 ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN

C E R T I F I C A

PROHIBICIONES: QUE POR ESCRITURA PUBLICA NRO. 1271 DEL 2014/04/04 DE LA NOTARIA 03 DE BUCARAMANGA, ANTES CITADA CONSTA LA REFORMA: ARTICULO 5º: PROHIBICIONES A LA SOCIEDAD: PROHÍBESE A LA SOCIEDAD: A) DESARROLLAR ACTIVIDADES DISTINTAS DE LAS ESTABLECIDAS EN LOS ESTATUTOS SOCIALES. B) CONSTITUIRSE GARANTE DE OBLIGACIONES DE TERCEROS, O CAUCIONAR CON LOS BIENES SOCIALES OBLIGACIONES DISTINTAS DE LAS SUYAS PROPIAS, A MENOS QUE LA COMPAÑÍA OBTENGA INTERÉS EN LA NEGOCIACIÓN QUE SE VA A GARANTIZAR Y QUE ADEMÁS LA CAUCIÓN SEA AUTORIZADA PREVIAMENTE POR LA JUNTA DIRECTIVA. NO OBSTANTE LO DISPUESTO EN ESTE LITERAL SE PODRÁ AVALAR OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR COMPAÑÍAS SUBSIDIARIAS DE LA SOCIEDAD. C) HACER NOMBRAMIENTOS POR ACLAMACIÓN. D) HACER NOMBRAMIENTOS QUE CONTRARÍEN LO DISPUESTO SOBRE INCOMPATIBILIDADES SEGÚN LO PRESCRITO EN LOS ESTATUTOS SOCIALES Y EN LA LEY. E) REALIZAR LAS REUNIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS EN LUGAR DIFERENTE DEL DOMICILIO SOCIAL Y SIN SUJECIÓN A LO PRESCRITO EN LAS LEYES Y EN LOS ESTATUTOS EN CUANTO A CONVOCACIÓN Y QUÓRUM.

NO APARECE INSCRIPCION POSTERIOR DE DOCUMENTOS QUE MODIFIQUE LO ANTES ENUNCIADO

TAMAÑO DE 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 :
GRAN EMPRESA- RSS

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

INGRESOS POR ACTIVIDAD ORDINARIA $75.583.286.763

ACTIVIDAD ECONÓMICA POR LA CUAL PERCIBIÓ MAYORES INGRESOS EN EL PERIODO CÓDIGO - CIIU: 8610

EXPEDIDO EN BUCARAMANGA, A 2022/05/26 07:58:28 -

LOS ACTOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE, DENTRO DE DICHO TERMINO, NO SEAN OBJETO DE LOS RECURSOS DE REPOSICIÓN ANTE ESTA ENTIDAD, Y / O DE APELACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES.

PARA EFECTOS DEL CÓMPUTO DE LOS TÉRMINOS LOS SÁBADOS NO SON DÍAS HÁBILES EN LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE CONCEPTOS FAVORABLES DE USO DE SUELO, NORMAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD.

CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.

IMPORTANTE: LA FIRMA DIGITAL DEL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA CONTENIDA EN ESTE CERTIFICADO ELECTRONICO, SE ENCUENTRA EMITIDA POR UNA ENTIDAD DE CERTIFICACIÓN ABIERTA AUTORIZADA Y VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, DE CONFORMIDAD CON LAS EXIGENCIAS ESTABLECIDAS EN LA LEY 527 DE 1999.

EN EL CERTIFICADO SE INCORPORAN TANTO LA FIRMA MECÁNICA QUE ES UNA REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FIRMA DEL SECRETARIO DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, COMO LA FIRMA DIGITAL Y LA RESPECTIVA ESTAMPA CRONOLÓGICA, LAS CUALES PODRÁ VERIFICAR A TRAVÉS DE SU APLICATIVO VISOR DE DOCUMENTOS PDF.

NO, OBSTANTE SI USTED EXPIDIÓ EL CERTIFICADO A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL PUEDE IMPRIMIRLO DESDE SU COMPUTADOR CON LA CERTEZA DE QUE FUE EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA. LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR, POR UNA SOLA VEZ, SU CONTENIDO INGRESANDO A WWW.CAMARADIRECTA.COM OPCION CERTIFICADOS ELECTRONICOS Y DIGITANDO EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL ENCABEZADO DEL PRESENTE DOCUMENTO. EL CERTIFICADO A VALIDAR CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERÓ EN LAS VENTANILLAS O A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CÁMARA.