

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



DISTRITO JUDICIAL DE CALI
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
RAD. 760013103003-2020-00169-00

SANTIAGO DE CALI, **21** DE JUNIO DE 2022.

CONSTANCIA SECRETARIAL

TRASLADO EXCEPCIONES DE MÉRITO

SE CORRE TRASLADO A LA PARTE CONTRARIA las excepciones de mérito por el **término de cinco (5) días** de conformidad con el artículo 370 del Código General del Proceso.

Se fija en lista de traslado N°. 15 del día **21 de junio de 2022** (Artículo 110 del C.G.P.) y su traslado empieza a correr el día siguiente.

ANDRÉS DAVID BÓUZAS PÉREZ
Secretaría

**RV: NOTIFICACION DEMANDA VERBAL 2020-00169 JUZG 3 CIVIL CIRCUITO CALI PTE
DIANA MARIA ARCILA CALVO**

Katheryn Marin <katherynm@coodontologos.com>

Mar 3/08/2021 4:11 PM

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j03cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: directorjuridico@ale.com.co <directorjuridico@ale.com.co>;KATHERYN MARIN
<katherynm@cmps.com.co>;ceballosabogado@gmail.com <ceballosabogado@gmail.com> 8 archivos adjuntos (4 MB)

consentimiento de rehabilitacion protesis fija y formato control de aceptacion de tto.pdf; consentimiento de periodoncia y advertencia de riesgo de periodoncia.pdf; consentimiento de endodoncia , advertencia de riesgo y consentimeinto de anestesia 1.pdf; consentimiento de endodoncia , advertencia de riesgo y consentimeinto de anestesia 2.pdf; CAMARA DE COMERCIO CLINICAS.pdf; Poder Diana Marcela Arcila.pdf; CONTESTACION DIANA ARCILA CALI Coodontologos.pdf; RADIOGRAFIA DIANA ARCILA.JPG;

Señor
JUEZ TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E.S.D.

REF. Proceso verbal acción de responsabilidad civil de DIANA MARIA ARCILA CALVO y HECTOR WILMER AGUIRRE REALPE VS. CLINICAS ODONTOLOGICAS S.A.S. Rad. 2020 – 00169.

Por medio del presente me permito enviar adjunto la contestación de la demanda en los términos del decreto 806 de 2020.

Cordialmente,

De: Andres Felipe Ceballos [<mailto:ceballosabogado@gmail.com>]

Enviado el: miércoles, 30 de junio de 2021 06:28 p.m.

Para: katherynm@coodontologos.com

Asunto: NOTIFICACION DEMANDA VERBAL 2020-00169 JUZG 3 CIVIL CIRCUITO CALI

Señores
COODONTOLOGOS

REF: PROCESO DECLARATIVO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: DIANA MARIA ARCILA Y OTRO
DEMANDADA: COODONTOLOGOS SAS

ANDRES FELIPE CEBALLOS ALVAREZ abogado apoderado de la parte actora siguiendo los lineamientos del CGP y del Dcto 808 de 2020 procedo nuevamente a realizar notificacion de Auto Admisorio de la Demanda de la referencia, adjuntando adicionalmente Demandan, Inadmisión y subsanación de la misma-
Atte



ANDRES F. CEBALLOS A.

C.C. 94385280 - T.P. 90143

AC ABOGADOS CONSULTORES

Cel:3108491028

Señor
JUEZ TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E.S.D.

REF. Proceso verbal acción de responsabilidad civil de DIANA MARIA ARCILA CALVO y HECTOR WILMER AGUIRRE REALPE VS. CLINICAS ODONTOLOGICAS S.A.S. Rad. 2020-00169.

LUIS ALEJANDRO ACUÑA GARCÍA, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderado especial de la demandada **CLINICAS ODONTOLOGICAS COODONTOLOGOS S.A.S.**, calidad que se acredita con el certificado de cámara de comercio y el poder que se acompañan al presente escrito, presento la contestación a la demanda instaurada en contra de mi representada, en los siguientes términos:

A LOS HECHOS:

AL HECHO PRIMERO. NO ME CONSTA. Es un hecho que no tiene ninguna relación con mi representada.

AL HECHO SEGUNDO. NO ME CONSTA. Se refiere a un hecho ajeno a mi representada.

AL HECHO TERCERO: NO ME CONSTA. Se refiere a un hecho ajeno a mi representada.

AL HECHO CUARTO: NO ME CONSTA. Se refiere a un hecho ajeno a mi representada.

AL HECHO QUINTO: NO ME CONSTA. Se refiere a un hecho ajeno a mi representada.

AL HECHO SEXTO: ES CIERTO PARCIALMENTE. Contiene dos hechos acumulados de manera antitécnica. La demandante fue diagnosticada en la clínica odontológica de mi

mandante y se planteó un tratamiento. En lo relativo a la aprobación que señala la demanda no es un hecho que tenga relación con mi representada.

AL HECHO SÉPTIMO: NO ME CONSTA. Se refiere a un hecho ajeno a mi representada.

AL HECHO OCTAVO: NO ME CONSTA. Se refiere a un hecho ajeno a mi representada.

AL HECHO NOVENO: NO ME CONSTA. Se refiere a un hecho ajeno a mi representada.

AL HECHO DÉCIMO: NO ES UN HECHO. Es una transcripción que hace el libelista de un fallo.

AL HECHO DECIMO PRIMERO. CONTIENE VARIOS HECHOS. Contiene varios hechos acumulados de manera antitécnica con manifestaciones subjetivas del libelista las cuales no estoy obligado a responder. No me consta el tramite al que se refiere este hecho pues no se refiere a mi representada.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO. NO ES UN HECHO. Son manifestaciones del libelista además ninguna relacionada con mi representada.

AL HECHO DECIMO TERCERO. NO ES UN HECHO. Tal como el mismo libelista lo indica es una consideración de una persona ajena a mi representada.

AL HECHO DECIMO CUARTO. NO ES UN HECHO. Contiene afirmaciones subjetivas del libelista que no estoy obligado a responder.

AL HECHO DECIMO QUINTO. NO ES UN HECHO. Contiene afirmaciones subjetivas del libelista que no estoy obligado a responder.

AL HECHO DECIMO SEXTO. NO ES UN HECHO. Contiene afirmaciones subjetivas del libelista que no estoy obligado a responder. Además se refiere al parecer a una estimación económica elaborada por el libelista.

AL HECHO DECIMO SEPTIMO. ES CIERTO. Se realizaron las audiencias allí mencionadas con el resultado señalado por la parte actora.

A LAS PRETENSIONES

A LA PRIMERA. ME OPONGO. Carece de fundamento la pretensión solicitada. No existe ninguna responsabilidad por parte de mi representada en la presente demanda. No puede ser condenada a lo solicitado pues no existe ninguna responsabilidad, ni siquiera esta demostrado el daño, ni se puede colegir de los hechos de la demanda la existencia de un daño por lo tanto no existe ni daño ni responsabilidad por lógica consecuente y pues tampoco el nexo causal, elementos requeridos legalmente para declarar la responsabilidad civil.

A LA SEGUNDA. ME OPONGO. Al no existir responsabilidad jurídica de la empresa que represento, carece de fundamento lo solicitado en esta pretensión.

A LA TERCERA. ME OPONGO. Al no existir responsabilidad jurídica de la empresa que represento, carece de fundamento lo solicitado en esta pretensión. Solicito al Despacho condenar en costas a la parte demandante.

INTERPONGO LAS SIGUIENTES EXCEPCIONES DE FONDO.

1. INEXISTENCIA DEL DAÑO.

En el presente caso y derivado de los propios hechos de la demanda se puede advertir la ausencia de daño, por supuesto al no existir no existe tampoco responsabilidad por parte de mi cliente.

2. COBRO DE LO NO DEBIDO.

De acuerdo a la argumentación expuesta de prosperar las pretensiones de la demanda, nos encontraríamos ante la figura del cobro de lo no debido, dado que no existe un fundamento de exigibilidad hacia mi representada al no existir causa legal para ello, teniendo en cuanto que no

existe relación alguna entre lo señalado por el demandante y el tratamiento a él realizado por el profesional que atendió a la demandante.

3. PRESCRIPCIÓN.

Sin que sea entendido como aceptada ninguna de las pretensiones ni de los hechos propongo la excepción de Prescripción por cualquier derecho que pudiera ser reconocido al demandante que por el paso del tiempo haya sido afectado por este fenómeno jurídico.

4. EXCEPCIÓN INNOMINADA o GENERICA.

Las demás excepciones que lleguen a ser probadas dentro del proceso.

FUNDAMENTOS DE DERECHO Y RAZONES DE LA DEFENSA.

Tal como se ha mencionado en el presente escrito, Coodontologos prestó a la demandante los servicios de salud Oral debidamente autorizados por su EPS, en cumpliendo con los procesos y procedimientos establecidos, así mismo cumpliendo con las guías de atención odontológicas requeridas, para este tipo de procedimientos.

Tal como se adjunta a la presente respuesta el tratamiento de rehabilitación realizado a la demandante fue entregado a satisfacción de la misma tal como se evidencia en el consentimiento informado, en la historia clínica y en la radiografía final de la paciente).

Por lo anterior lo pretendido por la parte demandante carece de fundamento, toda vez en este tipo de tratamientos las partes tienen deberes y derechos tal como lo establece la resolución 4343 de 2012, por lo que la paciente debió asistir a los controles de su tratamiento y hacerse el mantenimiento higiénico, en pro del mantenimiento del mismo.

PRUEBAS:

Solicito al señor Juez decretar y tener como pruebas las siguientes:

INTERROGATORIO DE PARTE. Solicito se decrete y practique el interrogatorio de parte a los demandantes de la presente acción con el fin de que determinen lo relacionado con los hechos de la demanda y con las pretensiones.

TESTIMONIOS. Solicito se decrete y practique el testimonio de las Siguietes profesionales:

- Carola Juvinao, Coordinadora de servicios de Salud de Coodontolgos
- Juliette Vallejo: Coordinadora de la sede Coodontologos Cali

Las profesionales aquí relacionadas cuentan con el conocimiento del presente caso, de la historia clínica y del tratamiento realizado a la demandante

PERITO. Solicito al Despacho decretar un estudio técnico profesional sobre el tratamiento realizado al actor por parte de los profesionales que lo atendieron.

DOCUMENTAL. Solicito al Despacho tener como prueba documental los siguientes:

ANEXOS

1. Consentimientos Informados
2. Radiografía Final Posterior a la entrega del tratamiento
3. Cámara de comercio de Coodontologos
4. Poder

NOTIFICACIONES.

Mi poderdante, podrá ser notificado en la dirección Calle 67 A No. 9-62 of. 301 No. 45-73 de Bogotá D.C.

A mí en la Calle 67 A No. 9-62 of. 301 Bogotá D.C. en el correo juridica@ale.com.co

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Alejandro Acuña García', with a stylized flourish at the end.

Luis Alejandro Acuña García

C.C. 79.242.166

T.P. 73.252

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de julio de 2021 Hora: 10:59:21

Recibo No. AB21023019

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B210230197CD61

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: CLINICAS ODONTOLOGICAS COODONTOLOGOS S A S
Nit: 830.118.704-6 Administración : Direccion
Seccional De Impuestos De Bogota
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 01262815
Fecha de matrícula: 4 de abril de 2003
Último año renovado: 2021
Fecha de renovación: 30 de marzo de 2021
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 8 # 45-73
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: mjimenez@coodontologos.com
Teléfono comercial 1: 3405590
Teléfono comercial 2: 3405590
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 8 # 45-73
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: katherynm@coodontologos.com
Teléfono para notificación 1: 3405590
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de julio de 2021 Hora: 10:59:21

Recibo No. AB21023019

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B210230197CD61

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 0000506 del 18 de marzo de 2003 de Notaría 39 de Bogotá D.C., inscrito en esta Cámara de Comercio el 4 de abril de 2003, con el No. 00873948 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada CLINICAS ODONTOLOGICAS SALUDCOOP COODONTOLOGOS LTDA.

REFORMAS ESPECIALES

Por Acta del 24 de abril de 2009 de Junta de Socios, inscrito en esta Cámara de Comercio el 11 de septiembre de 2009, con el No. 01326267 del Libro IX, la sociedad cambió su denominación o razón social de CLINICAS ODONTOLOGICAS SALUDCOOP COODONTOLOGOS LTDA a CLINICAS ODONTOLOGICAS COODONTOLOGOS S A S.

Por Acta de la Junta de Socios del 24 de abril de 2009, inscrita el 11 de septiembre de 2009 bajo el número 01326267 del libro IX, la sociedad de la referencia se transformó de Sociedad Limitada a Sociedad por Acciones Simplificada S A S bajo el nombre de: CLINICAS ODONTOLOGÍCAS COODONTOLOGOS S A S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

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

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá por objeto el desarrollo de todo tipo de actividades industriales, comerciales y/o empresariales lícitas en la república de Colombia y en el exterior sin más limitaciones que las establecidas por las leyes, en especial y sin limitarlo a ello, la prestación de toda clase de servicios de salud a la comunidad en general, en sus diferentes fases y especialidades, pudiendo para ello establecer centros médicos de atención, laboratorios, centros

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de julio de 2021 Hora: 10:59:21

Recibo No. AB21023019

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B210230197CD61

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

radiológicos y cualquier otra clase de establecimiento que tenga por objeto la prestación de servicios de salud o promoción de la misma; para tal efecto la sociedad podrá llevar a cabo toda clase de actos, transacciones y operaciones mercantiles, industriales o civiles; directamente, por medio de terceros o en conjunto con éstos bajo cualquier modalidad contractual.

CAPITAL*** CAPITAL AUTORIZADO ***

Valor : \$2.500.000.000,00
No. de acciones : 2.500.000,00
Valor nominal : \$1.000,00

*** CAPITAL SUSCRITO ***

Valor : \$1.235.405.000,00
No. de acciones : 1.235.405,00
Valor nominal : \$1.000,00

*** CAPITAL PAGADO ***

Valor : \$1.235.405.000,00
No. de acciones : 1.235.405,00
Valor nominal : \$1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La sociedad tendrá un Gerente General quien será a su vez el representante legal de la compañía y por tanto ejecutor y gestor de los asuntos y negocios relacionados con el desarrollo del objeto social. En sus faltas absolutas, temporales o accidentales, el Gerente General será reemplazado por el representante legal suplente.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Son funciones del Gerente General de la sociedad: 1. Representar a la sociedad en todos los actos que efectúe, judicial y/o

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de julio de 2021 Hora: 10:59:21

Recibo No. AB21023019

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B210230197CD61

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

extrajudicialmente, ante cualquier clase de autoridad y constituir mandatarios especiales que lleven la representación de la compañía en determinados casos, cuando ello se considere conveniente o necesario; 2. Autorizar con su firma todos los documentos públicos o privados que deban otorgarse en desarrollo de las actividades sociales o en interés de la sociedad; 3. Convocar reuniones ordinarias y extraordinarias de la asamblea general de accionistas. 4. Ejercer la suprema inspección de todos los bienes y asuntos de la sociedad y adoptar las medidas necesarias para su permanente y cabal funcionamiento, conservación y seguridad. 5. Presentar un informe anual a la asamblea general de accionistas sobre el estado de la sociedad. 6. Presentar a la asamblea general de accionistas los estados financieros de cada año fiscal junto con todos los documentos requeridos por la ley. 7. Contratar a los empleados y trabajadores requeridos para la ejecución y desarrollo de los negocios de la sociedad, señalarles sus funciones, asignaciones y remuneración y removerlos libremente. 8. Resolver sobre renunciaciones, excusas y licencias de los empleados de la compañía cuyo nombramiento le corresponda. 9. Ejecutar todos los actos y celebrar todos los contratos que demande el ejercicio del objeto social de la sociedad o que haya lugar en desarrollo del mismo, debiendo obtener previa autorización de la Asamblea General de Accionistas o de la Junta Directiva, según el caso, para la ejecución de aquellos actos contratos que requieran dicha formalidad de acuerdo con los estatutos. 10. Elaborar el presupuesto anual de ingresos y gastos y someterlos a consideración de la junta directiva. 11. Mantener a la junta directiva informada de todos los negocios de la sociedad. 12. Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Junta Directiva y de la Asamblea General de Accionistas. 13. Someter a la decisión de árbitros, por medio de cláusulas compromisorias de arbitramento y cuando ello fuere necesario, las diferencias que surjan entre la sociedad y terceros, acordar el nombramiento de los árbitros y nombrar el apoderado que representará a la sociedad ante el tribunal correspondiente. 14 adoptar las medidas necesarias y convenientes para la supervisión y preservación de los derechos, los bienes y los intereses de la sociedad. 15. Llevar el libro de accionistas y expedir los correspondientes títulos que acrediten la calidad de accionistas de sus titulares, así como todos los demás libros sociales. 16. Todas aquellas funciones que le hayan sido conferidas bajo la ley, bajo estos estatutos y aquellas que le correspondan por la naturaleza de su oficio.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de julio de 2021 Hora: 10:59:21

Recibo No. AB21023019

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B210230197CD61

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

NOMBRAMIENTOS**REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 0023 del 26 de junio de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de julio de 2020 con el No. 02582697 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente General	Sandra Patricia Estupiñan Bello	C.C. No. 000000052220316

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal Suplente	Monica Maria Jimenez Zapata	C.C. No. 000000052036459

Por Documento Privado sin número del 21 de abril de 2021, inscrito en esta Cámara de Comercio el 28 de Mayo de 2021 con el No. 02710163 del Libro IX, Monica Maria Jimenez Zapata presentó la renuncia al cargo.

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 014 del 3 de marzo de 2017, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 4 de mayo de 2017 con el No. 02221460 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	PLANEACION ORGANIZACION EMPRESARIAL SAS	Y N.I.T. No. 000009004540479

Por Documento Privado del 3 de abril de 2017, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 4 de mayo de 2017 con el No. 02221483 del Libro IX, se designó a:

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de julio de 2021 Hora: 10:59:21

Recibo No. AB21023019

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B210230197CD61

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Miguel Angel Rojas Ruiz	C.C. No. 000000007221364 T.P. No. 55751-T

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Ana Bricel Sanchez Diaz	C.C. No. 000000027964876 T.P. No. 36265-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0000566 del 17 de marzo de 2004 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	00927022 del 29 de marzo de 2004 del Libro IX
E. P. No. 0000100 del 18 de enero de 2007 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01107228 del 5 de febrero de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0006440 del 28 de diciembre de 2007 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01211775 del 7 de mayo de 2008 del Libro IX
Acta del 24 de abril de 2009 de la Junta de Socios	01326267 del 11 de septiembre de 2009 del Libro IX
Acta No. 010 del 29 de julio de 2016 de la Asamblea de Accionistas	02143896 del 27 de septiembre de 2016 del Libro IX
Acta No. 015 del 28 de noviembre de 2017 de la Asamblea de Accionistas	02289137 del 27 de diciembre de 2017 del Libro IX
Acta No. 021 del 30 de octubre de 2019 de la Asamblea de Accionistas	02553176 del 14 de febrero de 2020 del Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de julio de 2021 Hora: 10:59:21

Recibo No. AB21023019

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B210230197CD61

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8622

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: COODONTOLOGOS NORTE
Matrícula No.: 01587810
Fecha de matrícula: 6 de abril de 2006
Último año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: Autopista Norte # 103 25
Municipio: Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de julio de 2021 Hora: 10:59:21

Recibo No. AB21023019

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B210230197CD61

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Pequeña

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 3.490.474.257

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : 8622

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 3 de abril de 2017.

Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 28 de mayo de 2021.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 6 de julio de 2021 Hora: 10:59:21

Recibo No. AB21023019

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B210230197CD61

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.





CONSENTIMIENTO INFORMADO REHABILITACION
PROTESIS FIJA

OD-P01-F27

28/06/2017

VERSION 2

NUMERO DE HISTORIA CLINICA 143935192 en pleno y normal uso de mis facultades mentales Yo, Diana Maria Arca identificado como aparece al pie de mi firma, otorgo el consentimiento al Dr. Julian Ortiz para que en ejercicio de su profesión me practique el procedimiento de prótesis

Prótesis fija SI NO NUMERO DE UNIDADES 28 PONTICOS: 3 (24,25,15)
PILARES: 25 TIPO DE RESTAURACION: Colonia
17, 12, 11, 22, 23, 27, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8
Protosis parcial f. pul 13, 14, 15, 16, - 24, 25, 26.

Restauración individual con coronas SI NO
DIENTE(S) A TRATAR: 17, 12, 11, 21, 22, 23, 27, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8
TIPO DE RESTAURACION: Coronas 2.10-10

El odontólogo me ha explicado en forma suficiente y adecuada en qué consiste el tratamiento de devolver la función y estética pérdida por la extracción de dientes, grandes destrucciones o problemas estéticos mediante el uso de prótesis fija. Adicionalmente me han informado acerca de las posibles complicaciones que se pueden presentar durante o después de haber realizado mi tratamiento y sobre las cuales no hay cobertura de ninguna garantía:

1. Complicaciones por aplicación de anestesia: parestesia, parálisis, infiltración de vasos sanguíneos, Hematomas, entre otros
2. Hipersensibilidad o compromiso del tejido pulpar en dientes vitales después de la preparación de los muñones, caso en el cual el paciente debe asumir los costos de tratamientos de endodoncia necesarios
3. Recesión gingival
4. Descementación de prótesis fija, coronas, carillas, incrustaciones, temporales y núcleos
5. Fractura de la estructura metálica, fractura de la porcelana, fractura o estallido radicular por golpes, masticación de alimentos duros y/o masticación de objetos duros, accidentes, golpes.
6. Enfermedades de los dientes y/o estructuras de soporte asociadas a hábitos bucales, inadecuada higiene oral, no uso o uso inadecuado de técnicas, elementos y/o sustancias de higiene oral recomendadas, enfermedades sistémicas no reportadas o existentes al momento de realizar el tratamiento
7. Fractura o estallido radicular
8. Inasistencia al control mensual durante los 3 primeros meses de entrega la prótesis
9. La no realización de terapias de mantenimiento periodontal (con cargo al paciente) mínimo cada tres meses

OTROS: _____

Declaro que he leído y entendido este consentimiento, que se me ha permitido formular interrogantes acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento, de los insumos a utilizar, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias los cuales se me han respondido en forma satisfactoria. Habiendo dado mi consentimiento informado acuerdo por el presente liberar a Coodontologos, a sus funcionarios y odontólogos de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este tratamiento odontológico y a los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

Entiendo por lo tanto que en el transcurso del tratamiento pueden presentarse situaciones especiales e imprevistas que requieran procedimientos adicionales por lo cual autorizo al profesional tratante para la realización de los mismos.

Comprendo las implicaciones del presente consentimiento, me encuentro en capacidad de expresarlo dejando constancia que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

NOTA: cuando el paciente no tenga la capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa

Diana Maria Arca
FIRMA DEL PACIENTE
C.C. 143935192

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE
C.C. [Signature]

PARENTESCO

FIRMA DEL PROFESIONAL Y NÚMERO DE REGISTRO;

FECHA

	FORMATO DE CONTROL PARA ACEPTACIÓN TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN CORONA, PROTESIS PARCIAL FIJA Y TEMPORAL	OD-P01-T09-F02
		21/01/2016
		VERSIÓN 1

NOMBRE DEL PACIENTE: Diana Maria Areola c.c. 1.143.935.192
 CLASE DE TRABAJO: Coronas Fijas
 DIENTE(S): 17-16-15-14-13-12-11-21-22-23-24-25-26-27-137-36-35-34-33-32-31-41-42-43
44-45-46-47

1. TOMA DE IMPRESIÓN:
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: Diana Maria Areola 1.143.935.192
 FECHA: DIA 21 MES 02 AÑO 2012 NOMBRE DEL PROFESIONAL: Julian Ortiz

2. CEMENTACIÓN DE TEMPORAL EN TERMOCURADO O AUTOCURADO:
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: Diana Maria Areola 1.143.935.192
 FECHA: DIA 03 MES 04 AÑO 2012 NOMBRE DEL PROFESIONAL: Julian Ortiz

3. ADAPTACIÓN ESTRUCTURAL (METALICA O CERAMICA):
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: Diana Maria Areola 1.143.935.192
 FECHA: DIA 20 MES 08 AÑO 2012 NOMBRE DEL PROFESIONAL: Julian Ortiz

4. TOMA DE COLOR:
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: Diana Maria Areola 1.143.935.192
 FECHA: DIA 20 MES 08 AÑO 2012 NOMBRE DEL PROFESIONAL: Julian Ortiz

5. PRUEBA DE PORCELANA: COLOR DE LOS DIENTES, FORMA-CONTORNO Y OCLUSION, TOMA AGREGADO DE PORCELANA:
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: Diana Maria Areola 1.143.935.192
 FECHA: DIA 5 MES 04 AÑO 2012 NOMBRE DEL PROFESIONAL: Julian Ortiz

6. CEMENTACION Y ENTREGA: PRUEBA DE OCLUSIÓN, FASE TERMINAL, GLASEADO:
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: Diana Maria Areola 1.143.935.192
 FECHA: DIA 18 MES 04 AÑO 2012 NOMBRE DEL PROFESIONAL: Julian Ortiz

7. EXPLICACIÓN DE TÉCNICAS DE HIGIENE, RECOMENDACIONES Y CONTROLES:
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: Diana Maria Areola 1.143.935.192
 FECHA: DIA 18 MES 04 AÑO 2012 NOMBRE DEL PROFESIONAL: Julian Ortiz

8. SE INFORMA CONTROL A LOS 15 DÍAS:
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: Diana Maria Areola 1.143.935.192
 FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____ NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

9. SE INFORMA CONTROL A LOS 45 DÍAS:
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____
 FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____ NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

10. SE INFORMA CONTROL A LOS 6 MESES:
 RECHAZADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ ACEPTADO: _____ FIRMA DEL PACIENTE _____
 FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____ NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____



CAL000000079398

 COODONTOLOGOS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ENDODONTICO POS	PSS-DG09-F04
		16-06-2015
		VERSION 1

Nombres y Apellidos Paciente DIANA ARELLANO
 Fecha 16 09 2016
 Edad 25 No. Identificación Cedula Ciudadanía 7743935192
 Diente 11-1213-2223 SEDE Atención CALI NORTE
21

Se entiende como ENDODONCIA el procedimiento odontológico por medio del cual los conductos radiculares (raíz del diente) son sellados con un material específico para la conservación del diente; posterior a una enfermedad pulpar irreversible. Certifico que el Odontólogo de la IPS., me ha explicado el procedimiento a realizar, las causas por las cuales es necesario, el pronóstico del diente a tratar y las posibles complicaciones más frecuentes que pueden surgir durante el mismo, tales como: fractura del diente, perforaciones y/o escalones, fracturas de instrumentos en el canal radicular y sobrepaso de material sellador en zona peri radicular en el momento de la obturación. Es posible que posterior al tratamiento endodónico se presente inflamación, dolor por exacerbación del proceso agudo o crónico producto de la instrumentación endodónica. Es posible que después del tratamiento de endodoncia la pieza dentaria cambie de color y se oscurezca ligeramente o que se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizarle una corona y/o insertar refuerzos intrarradiculares (pernos o espigos).
 Igualmente certifico que me han explicado la importancia de realizar el tratamiento rehabilitador posterior al tratamiento endodónico; y asumí la responsabilidad de efectuarlo en un periodo no mayor a 1 mes.

He tenido la oportunidad de hacer las preguntas que he considerado necesarias y todas han sido contestadas satisfactoriamente; así como se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con este procedimiento.

De la misma manera manifiesto que se me ha informado sobre la posible necesidad de una cirugía endodónica, o técnicas no convencionales, eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, en caso de no lograrse los resultados obtenidos con este tratamiento. Por otra parte autorizo a que el Odontólogo de la IPS aplique anestesia local en el momento en que el tratamiento lo requiera y que conozco las posibles complicaciones más frecuentes, que pueden surgir durante dicha aplicación tales como: parestia y/o parestesia, hematoma, dolor, isquemia de la piel en el lugar de la infiltración, parálisis del velo del paladar, trismus y afectación muscular.

Igualmente estoy enterado (a) que las coronas y prótesis orales no están cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud.

Diana María Arellano
 Firma del Paciente y/o Acompañante
1143935192

Dra. Karol A. Chillo S.
 OD. Endodonzia
 C. I. C. O.
 Res. 10057
 Firma y sello del profesional

Nota: Este documento será diligenciado por el paciente o acudiente, el cual está de acuerdo con el procedimiento a realizar.

COODONTÓLOGOS Clínica Odontológica:	ADVERTENCIA DEL RIESGO		Código	Página

Historia clínica
Número: 1143935192

DIA	MES	AÑO
16	09	2016

ÁREA DE ODONTOLOGIA
ENDODONCIA

DIAGNOSTICO
21: ABSCESO periodontal agudo

77-13 - 22-23: pulpa vital con exudado

PLAN DE TRATAMIENTO
Endodoncia Preoperatorio: 77-13-22-23
Endodoncia: 21

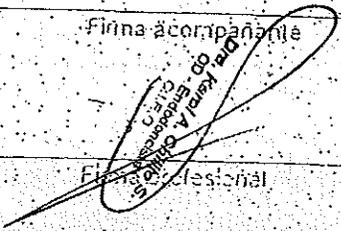
ADVERTENCIA DEL RIESGO:
Perforación, fractura radicular
fractura de instrumental dentro
del conducto, sobreexposición
subcutánea, accidente con HAP o
daño de salud, infección
por migración bacteriana, postoperatorio
dolor post operatorio

Se firma a entera satisfacción, aceptación y entendimiento

Diana María Arcala [Firma] 1. 143935192
Nombre paciente Firma paciente Cédula N°

Nombre acompañante: Firma acompañante Cédula N°

Nombre profesional [Firma] Cédula N°
Firma profesional



	CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA	OD-P01-T14-F02
		20-11-2015
		VERSION 2

Yo, Diana Arala identificado con CC. 1143935192
 en nombre propio o en representación de _____ en calidad de
paciente en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,
 DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr.
 _____ y en consecuencia, autorizo
 a _____ para que en el desarrollo de los procedimientos
 diagnósticos o terapéuticos o cualquier otro procedimiento que estime necesario para completar
 el tratamiento previsto, me sea administrada anestesia local.

Me doy por enterado de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

El principal beneficio que ofrece la anestesia local en odontología es la disminución del dolor y la sensibilidad, lo que significa mayor comodidad para el paciente al disminuir este tipo de sensaciones y la posibilidad de trabajar de manera más segura por parte del odontólogo.

El tratamiento que se va a realizar implica la administración de anestesia local, que consiste en infiltrar, mediante una inyección, sustancias que provocan bloqueo reversible de los impulsos nerviosos de tal manera que inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Habrá una sensación de adormecimiento del labio, de la zona donde se aplique o de la cara, que normalmente van a desaparecer en 3- 4 horas, el tiempo puede variar de acuerdo a condiciones propias del paciente o de acuerdo a la cantidad de anestésico que sea requerido.

La administración de anestesia local implica los siguientes riesgos, puede provocar en el punto donde se administra la inyección, hematoma, leve hemorragia, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en la apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar baja de la tensión arterial, y en casos menos frecuentes pueden provocar algún tipo de sintomatología sistémica o interactuar con algún medicamento.

Es muy importante que previa a la atención informe al odontólogo de cualquier situación en su salud o la toma de algún medicamento.

El uso de adrenalina y los diferentes tipos de anestésicos locales, puede provocar, algún tipo de sintomatología sistémica la cual debe informar inmediatamente al odontólogo.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento y en donde en entrevista personal con el odontólogo he sido informado/a; en términos que he comprendido, del alcance y riesgos de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuantitativa información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Fecha: 16.09.2016

Nombre del paciente: _____

Número de identificación: 1.143935192

Firma del paciente: Diana Maria Arala

Nombre del responsable: _____

Nombre del acudiente: _____

Firma del odontólogo: [Firma]

Registro del Odontólogo: _____

Nombres y Apellidos Paciente: Diana Araya Calvo
 Fecha: 8-6-17
 Edad: _____ No. Identificación Cedula Ciudadanía: 1148935192
 Diente: 24-25-14 SEDE Atención: CAI - UCRD

Se entiende como ENDODONCIA el procedimiento odontológico por medio del cual los conductos radiculares (raíz del diente) son sellados con un material específico para la conservación del diente, posterior a una enfermedad pulpar irreversible.

Certifico que el Odontólogo de la IPS., me ha explicado el procedimiento a realizar, las causas por las cuales es necesario, el pronóstico del diente a tratar y las posibles complicaciones más frecuentes que pueden surgir durante el mismo, tales como: fractura del diente, perforaciones y/o escalones, fracturas de instrumentos en el canal radicular y sobrepaso de material sellador en zona peri radicular en el momento de la obturación. Es posible que posterior al tratamiento endodonto se presente inflamación, dolor por exacerbación del proceso agudo o crónico producto de la instrumentación endodonto. Es posible que después del tratamiento de endodoncia la pieza dentaria cambie de color y se oscurezca ligeramente o que se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizarle una corona y/o insertar refuerzos intrarradiculares (pernos o espigos).

Igualmente certifico que me han explicado la importancia de realizar el tratamiento rehabilitador posterior al tratamiento endodonto; y asumo la responsabilidad de efectuarlo en un periodo no mayor a 1 mes.

He tenido la oportunidad de hacer las preguntas que he considerado necesarias y todas han sido contestadas satisfactoriamente; así como se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con este procedimiento.

De la misma manera manifiesto que se me ha informado sobre la posible necesidad de una cirugía endodonto, o técnicas no convencionales, eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, en caso de no lograrse los resultados obtenidos con este tratamiento. Por otra parte autorizo a que el Odontólogo de la IPS aplique anestesia local en el momento en que el tratamiento lo requiera y que conozco las posibles complicaciones más frecuentes, que pueden surgir durante dicha aplicación tales como: parestia y/o parestesia, hematoma, dolor, isquemia de la piel en el lugar de la infiltración, parálisis del velo del paladar, trismus y afectación muscular.

Igualmente estoy enterado (a) que las coronas y prótesis orales no están cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud.

Diana María Araya 1148935192
 Firma del Paciente y/o Acompañante

Dra. Karol A. Chillo S.
 M.C. Endodoncista
 C.O.E.O.
 Reg. 10057
Kochillo
 Firma y sello del profesional

Nota: Este documento será diligenciado por el paciente o acudiente, el cual está de acuerdo con el procedimiento a realizar.

COODONTÓLOGOS Clínica Odontológica	ADVERTENCIA DEL RIESGO	Código	Página

Historia clínica
Número: 1143935192

8	1	17
---	---	----

ÁREA DE ODONTOLÓGIA: Endodoncia

DIAGNÓSTICO: ~~tratamiento~~ endodóntico preio
radica pericápica normal

PLAN DE TRATAMIENTO: ~~Remotomiento~~ 14-24-25

ADVERTENCIA DEL RIESGO:
~~Perforación~~ Fractura rad: cota
 Fractura de instrumenta
 dentro del conducto, sobre
 foros, subabstraca, acciden
 te con hipodermico de 3000
 inflamacion por microorgan bacterio
 parastetic, dolor post-operario

Se firma a entera satisfaccion, aceptacion y entendimiento

Nombre paciente: Diana Maria Arela Firma paciente: [Signature] Cedula N°: 1143935192

Nombre acompañante: _____ Firma acompañante: _____ Cedula N°: _____

Nombre profesional: _____ Firma profesional: [Signature] Cedula N°: _____
 Dr. Odontólogo
 C.I.E.O.
 Reg. 10037



CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLGIA

OO-P01-F14-F02
20-14-2015
VERSION 2

Yo, Piero Acila identificado con CC: 1143931192
en nombre propio o en representación de Red Chiriz en calidad de

DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr. _____ y en consecuencia, autorizo diagnóstico o terapéuticos o cualquier otro procedimiento que estime necesario para completar el tratamiento previsto, me sea administrada anestesia local.

Me doy por enterado de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

El principal beneficio que ofrece la anestesia local en odontología es la disminución del dolor y la sensibilidad, lo que significa mayor comodidad para el paciente al disminuir este tipo de sensaciones y la posibilidad de trabajar de manera más segura por parte del odontólogo.

El tratamiento que se va a realizar implica la administración de anestesia local, que consiste en infiltrar, mediante una inyección, sustancias que provocan bloqueo reversible de los impulsos nerviosos de tal manera que inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Habrá una sensación de adormecimiento del labio, de la zona donde se aplique o de la cara, que normalmente van a desaparecer en 3- 4 horas, el tiempo puede variar de acuerdo a condiciones propias del paciente o de acuerdo a la cantidad de anestésico que sea requerido.

La administración de anestesia local implica los siguientes riesgos, puede provocar en el punto donde se administra la inyección, hematoma, leve hemorragia, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en la apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar baja de la tensión arterial, y en casos menos frecuentes pueden provocar algún tipo de sintomatología sistémica o interactuar con algún medicamento.

Es muy importante que previa a la atención informe al odontólogo de cualquier situación en su salud o la toma de algún medicamento.

El uso de adrenalina y los diferentes tipos de anestésicos locales, puede provocar, algún tipo de sintomatología sistémica la cual debe informar inmediatamente al odontólogo.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento y en donde en entrevista personal con el odontólogo he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance y riesgos de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Fecha: 8-6-17

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: Diana Moya Arbo

Número de identificación: 1143931192

Nombre del responsable: _____

Firma del odontólogo: Rodrigo Chiriz

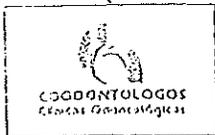
Nombre del acudiente: _____

Registro del Odontólogo: _____

Asociación Colombiana de Cirujanos Odontológicos
C.I.E.D.
Reg. 10037



CAL000000079399



CONSENTIMIENTO INFORMADO PERIODONCIA

CD-P01-F48

31/01/2011

Versión 01

Yo, Diana Maria Ariza identificado como aparece el pie de mi firma (como paciente o como representante del paciente), en pleno uso de mis facultades, autorizo al Dr. Rodrigo Fernandez a realizar el siguiente tratamiento: (registre para cada tipo de obturación el numero del diente y superficies) elongacion coronal dentes

Declaro libre y voluntariamente que he sido debidamente informado/a y me doy por enterado/a en que consiste el tratamiento y me ha indicado asi mismo sus ventajas, riesgos, posibles complicaciones o molestias que puedan presentarse como son:

Infecciones postoperatorias, inflamación, dolor adormecimiento o perdida de la sensibilidad de labios, dientes, lengua, mejillas piel; esta sensibilidad puede ser transitoria y a un en ciertos casos permanente.

Otras complicaciones son daños de los dientes presentes, fracturas del hueso, perdida de hueso, cicatrización por segunda intención, reacciones alérgicas a productos usados, dolor en la articulación temporo-mandibular, cuello músculos del sistema estomatognatico o cualquier otra complicación, ya que el trabajo odontológico es de medios y no de resultados.

He sido informado (a) y entiendo el propósito y la naturaleza del procedimiento periodontal o quirúrgico.

Se que se ha examinado minuciosamente mi caso, y diferentes alternativas de tratamiento me han sido expuestas, he considerado estas opciones, y es mi deseo realizarme este tratamiento.

Se y entiendo que dentro de los procedimientos de periodoncia o cirugía periodontal se utilizan injertos óseos autólogos, de banco de huesos, heterologos o sintéticos; como también membranas reabsorbibles y no reabsorbibles que facilitaran, y mejoraran la cicatrización del hueso en general. Se me explico, y entiendo que al utilizar injertos de banco de huesos, Este proviene de donantes a quienes se les ha revisado su historia médica, para evitar contagios de enfermedades transmisibles, siendo este injerto bacteriológicamente estéril. Entiendo también que si estos procedimientos necesitados no se llevan a cabo, la posibilidad de un éxito en el tratamiento se reduce considerablemente.

Entiendo, apruebo y principalmente autorizo que durante el procedimiento periodontal o quirúrgico, pero principalmente, durante la cirugía, se puede necesitar aditamentos, elementos, injertos, membranas o técnicas quirúrgicas, que ayudaran o harán aumentar la posibilidad de éxito del tratamiento general, pero que no estaban planteadas o propuestas inicialmente, ya que durante el tratamiento periodontal o la cirugía se pueden presentar situaciones que lo ameriten. Autorizo que se use y realice lo necesario, sin previo consentimiento sabiendo también que esto incrementara costos y honorarios con respecto al plan de tratamiento y presupuesto original.

Se me explico y entiendo perfectamente que el fumar, ingerir alcohol, uso excesivo de azucres, ejercicios fisicos, no seguir la dieta recomendada, no seguir en general las recomendaciones post quirúrgicas, tendrá un efecto deletéreo en la cicatrización. Entiendo la importancia de seguir las instrucciones post tratamiento y, asistir a las citas de control programadas normalmente a los 7 y 30 días y luego por lo menos una cita al año. Esto sin detrimento que si el paciente siente o se ve o presume algo anormal debo informárselo inmediatamente al odontólogo para su inmediata revisión.

El no asistir puntualmente a estos controles o no seguir las recomendaciones por parte del paciente hace que cese inmediatamente la responsabilidad del odontólogo y así perderse la garantía del tratamiento si fuera necesario hacer cualquier procedimiento para arreglar una complicación o realizar nuevamente el procedimiento, el costo de honorarios y aditamentos, materiales, elementos etc. el paciente los cancelara.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, manifiesto que el odontologo que me ha atendido me ha permitido realizar observaciones e inquietudes y él mismo me ha respondido en terminos entendibles para mi. También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida manifiesto que he sido informado/a en terminos comprensibles para mi, que he comprendido la naturaleza, propósitos y alcance del tratamiento, indicaciones y cuidados posteriores al mismo y los riesgos del tratamiento; en tales condiciones voluntariamente doy consentimiento para su realización.

Diana Maria Ariza 4.148.955.192
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE*
C.C.

Para el caso en caso de firma de persona distinta del paciente

Rodrigo Fernandez
PERIODONCISTA
10.1482

28/20/11

ODONTÓLOGOS Clínica Odontológica	ADVERTENCIA DEL RIESGO		Código	Página

Historia clínica
Número 1143935192

JUL	AGO	SEPT
23	30	16

ÁREA DE ODONTOLOGÍA

Parodontosis

DIAGNOSTICO

PLAN DE TRATAMIENTO

Alargamiento de corona.

ADVERTENCIA DEL RIESGO

Dolor

Sangrado

Inflamación

Infección

Se firma a entera satisfacción, aceptación y entendimiento

Dr. Diana Maria Arca Dr. Diana M Arca 1143935192
 Nombre paciente Firma paciente Cédula N°

Nombre acompañante Firma acompañante Cédula N°

Rodrigo Fernández Dr. Rodrigo Fernández 10306568
 Nombre profesional Firma profesional Cédula N°



Señor
JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
Cali – Valle
E. S. D.

ASUNTO:	PODER ESPECIAL
PROCESO:	2020-169
DEMANDANTE:	MARIA ARCILA CALVO Y HECTOR WILDER AGUIRRE REALPE en representación de su hija MAILY VALENTINA AGUIRRE ARCILA
DEMANDADO:	CLINICAS ODONTOLOGICAS COODONTOLOGOS S.A.S

SANDRA PATRICIA ESTUPIÑAN BELLO identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.220.316, actuando en calidad de representante legal de **CLINICAS ODONTOLOGICAS COODONTOLOGOS S.A.S** identificada con el **NIT. No. 830.118.704-6**, según certificado que se adjunta, manifiesto que confiero **PODER ESPECIAL**, amplio y suficiente al doctor **LUIS ALEJANDRO ACUÑA GARCIA** mayor de edad, identificado con C. C No. 79.242.166 de Bogotá, para que en nombre y representación de la **CLINICAS ODONTOLOGICAS COODONTOLOGOS S.A.S**; ejerza la representación judicial.

El Doctor **LUIS ALEJANDRO ACUÑA GARCIA**, queda facultado para notificarse, dar contestación, solicitar la expedición de copias, interponer los recursos y excepciones a que haya lugar, asistir a las audiencias, conciliar, transigir, sustituir, reasumir, desistir y en general para todas aquellas acciones que busquen la mejor representación de los derechos de **CLINICAS ODONTOLOGICAS COODONTOLOGOS S.A.S** en el asunto de la referencia.

Cordialmente;


SANDRA PATRICIA ESTUPIÑAN BELLO
C. C No. 52.220.316 de Bogotá
Representante Legal
COODONTOLOGOS

Acepto;

LUIS ALEJANDRO ACUÑA GARCIA
C. C No. 79.242.166 de Bogota
T.P. 73.252 del C.S de la J.,
APODERADO

Nombre ARCILA DIANA MARIA
ID: 001143935191
Edad 25 Genero: F
Fecha: 9/18/2017
Doctor: PARTICULAR

 **ORALX**
RADIOLOGÍA ORAL DIGITAL

rx-oralx@hotmail.com

