

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL  
JUZGADO SÉPTIMO DEL CIRCUITO DE CALI – VALLE

CONSTANCIA

Se corre traslado a las partes la documentación aportada por FABILU LTDA afínente al consentimiento informado y demás documentos que obren en el archivo. Se fija por el término de (3) días. Corriendo los días 27, 28 y 31 de enero de 2022.

Edward Ochoa Cabezas  
Secretario  
Rad: 201900051

**ENVIO RESPUESTA AUTO // PROCESO ADICADO 2019 - 00051 - 00 // DTE MANUEL ANTONIO BUSTOS**

CAMPO ELIAS SERRANO <juridico@ceditltda.com>

Mié 21/07/2021 7:00

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j07cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (548 KB)

MEMORIAL PROCESO 2019 - 00051 - 00.pdf;

Señores

Juzgado 7 Civil del Circuito de Cali  
E.S.D

Buen día,

De manera respetuosa me permito enviar memorial para que obre dentro del proceso de la referencia, en él se da respuesta al despacho de un requerimiento que se hiciera el pasado 06 de julio de 2021.

--

**CAMPO ELIAS SERRANO**  
**Departamento de Cartera**  
**CENTRO DE ESPECIALISTAS DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**  
**CEDIT LTDA**  
**Telefono 4241418 Ext 112**  
**Celular 3164471973**

SEÑOR

JUEZ SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI

E S D

Proceso Verbal No. 760013103007-2019-00051-00

Demandante: Manuel Antonio Bustos González y otros.

Demandado: Fabilu Ltda.

Actuando como apoderado de la sociedad demandada, dando cumplimiento a lo dispuesto en el auto del 6 de julio del presente año, con el presente allego los siguientes documentos:

1. La copia de la historia clinica, se encuentra anexa al expediente, fue aportada por la parte actora, con la presentación de la demanda.
2. Hoja de remisión del paciente. Allego copia de la hoja de remisión del paciente, epicrisis emitida por el HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER, e historia clinica.
3. Notas de evoluciones medicas entre el día 22 y 30 de septiembre de 2013. Las notas medicas, se encuentran insertas en la historia clinica.
4. "Constancia de material de osteosíntesis solicitada por el medico ortopedista para la práctica de la cirugia del paciente". Allego copia de la hoja de gastos material de osteosíntesis, en la cual consta el material solicitado por el medico ortopedista.
5. Copia del consentimiento informado previo a la realización del procedimiento. Allego copia del consentimiento informado, suscrito por el paciente MANUEL ANTONIO BUSTOS GONZALEZ.
6. Nota quirurgica. Allego nota quirurgica.
7. Copia de la constancia de agotamiento del cupo del soat emitida por el Departamento de facturación de la Clinica Colombia.

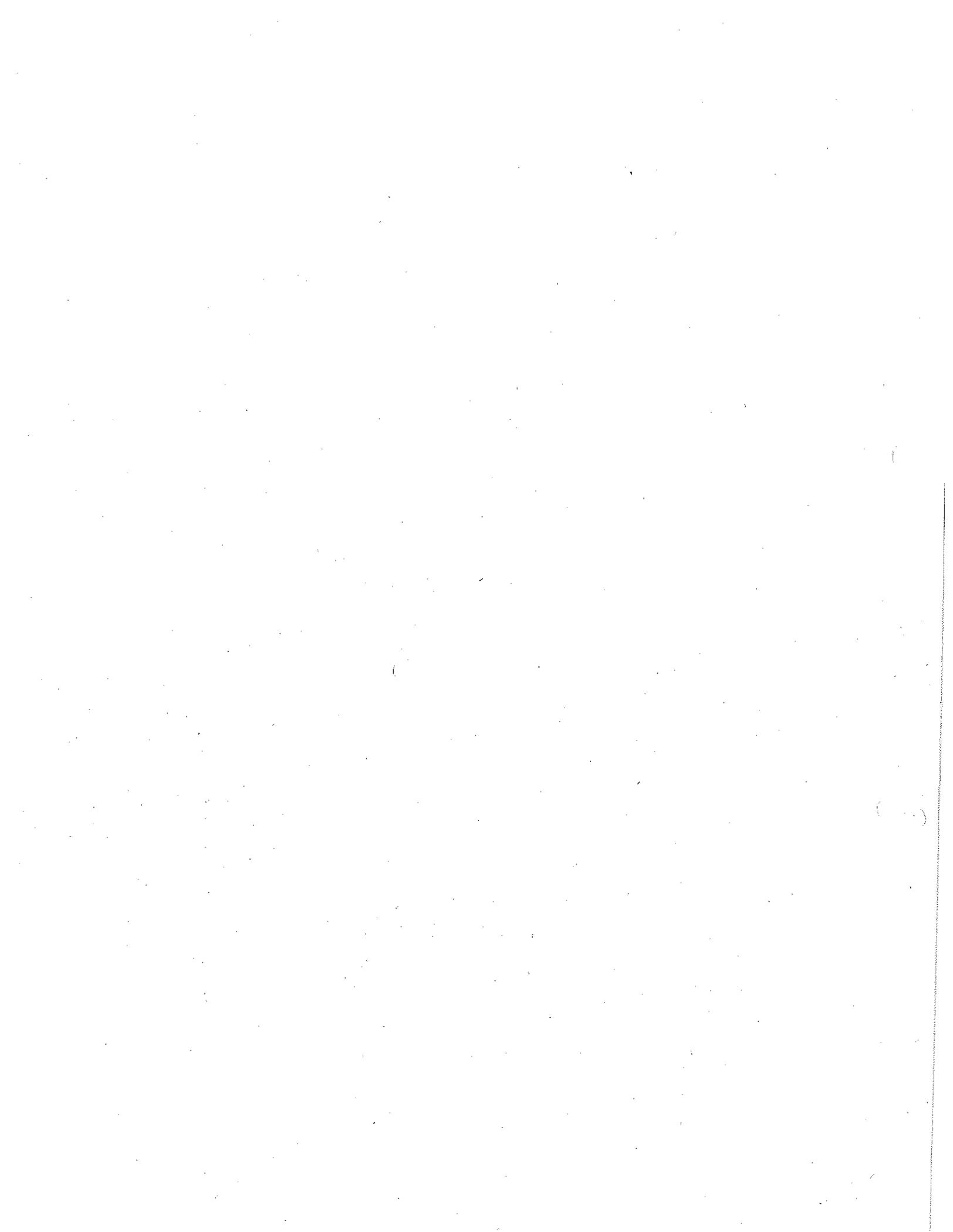
El correo electrónico para recibir notificaciones: [juridico@ceditltda.com](mailto:juridico@ceditltda.com) Móvil. 316-4471973.

Cordialmente,

  
CAMPO ELIAS SERRANO GUARIN

C.C. No. 4.167.370

T.P. No. 90.192



HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER				EPICRISIS HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER				Vigencia: septiembre de 2013									
Nombres y apellidos		BUSTOS GONZALEZ MANUEL ANTONIO															
Tipo de identificación		CC	No. Identificación		10483751		Edad	48 AÑOS		Admisión: 530260							
INGRESO						EGRESO											
dd	mm	aa	Hora	Min	dd	mm	aa	Hora	Min								
22	09	2013	05	36	22	09	2013	08	17								
Servicio		URGENCIAS				Servicio		URGENCIAS									
DIAGNOSTICO				CIE-10		DIAGNOSTICO				CIE-10							
FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL HUMERO				S423		FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL HUMERO				S423							
Condiciones generales de la salida																	
VIVO	X		MUERTO			Antes de 48 horas de Ingreso		Después de 48 horas de Ingreso									
Causa externa		OTRO TIPO DE ACCIDENTE				Causa Salida		REMISION									
Motivo de la consulta (percepción del usuario)																	
ACCIDENTE DE TRANSITO																	
Enfermedad actual																	
INGRESA POR UN CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 2 HORAS CONSISTENTE EN CAIDA DE MOTOCICLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR PRESENTANDO DOLOR A NIVEL DE BRAZO DERECHO, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA																	
Antecedentes: patológicos, alérgicos, quirúrgicos, farmacológicos, ginecobstetricos, familiares																	
18/01/2012-PATOLOGICOS-HTA																	
18/01/2012-ALERGICOS-NIEGA																	
18/01/2012-QUIRURGICOS-PTERIGUM																	
Hallazgos al examen físico relacionados con la patología de ingreso																	
Estados de Conciencia						Glasgow	15		SaO2 (si aplica)								
TA	120/85		FC	75		FR	19		Tº	36.5		PESO			TALLA		
Examen Físico por sistemas																	
SISTEMAS		N	A	SISTEMAS		N	A	SISTEMAS		N	A	SISTEMAS		N	A		
1. Cabeza		X		6. Garganta:		X		11. Abdomen:		X		16. Extremidades inferiores:		X			
2. Ojos		X		7. Cuello:		X		12. Pelvis:		X		17. Espalda:		X			
3. Oídos:		X		8. Torax:		X		13. Tacto rectal:		X		18. Piel:		X			
4. Nariz:		X		9. Corazón:		X		14. Genitourinario:		X		19. Endocrino:		X			
5. Boca:		X		10. Pulmón:		X		15. Extremidades superiores:			X	20. Sistema Nervioso:		X			
Descripción:																	
15. Extremidades Sup-DOLOR A NIVEL DE 1/3 MEDIO DE BRAZO DERECHO																	
Conductas																	
22/09/2013 17:54-TRAMADOL AMP: DILUIR EN 500CC Y PASAR EN BOLO REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACION Y MANEJO SS RX DE HUMERO DERECHOS																	
22/09/2013 19:36-1. OBSERVACION 2. DIETA COMUN 3. CUIDADOS SELLO HEPARINA 4. DIPIRONA AMP 2.0GR 1 AMP EV CADA 8 HORAS SI DOLOR 5. P/ REMISION A III NIVEL 6. CSV Y AC																	
22/09/2013 20:16-REMISION A III NIVEL																	
Medicamentos POS aplicados																	
N02BF026701 - DIPIRONA SOL INY 2G/ 5ML --> Cantidad: 1																	
N02AT020702 - TRAMADOL SOL INY 100MG/2ML --> Cantidad: 1																	
B05BS004701 - CLORURO DE SODIO AL 0.9% BOLSA X 500 --> Cantidad: 2																	
Resumen de Evolución																	
PACIENTE IDX: 1. FRACTURA DE HUMERO DERECHO EN SU 1/3 MEDIO LIGERAMENTE DESPLAZADA AL MOMENTO NO CONTAMOS CON ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA, CONSIDERO REMITIR A TERCER NIVEL PARA VALORACION Y MANEJO POR ESPECIALIDAD Y VALORARA POSIBILIDAD DE REQUERIMIENTO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENES EVOLUCION NOCHE PACIENTE MASCULINO 48 AÑOS IDX: 1. FRACTURA DE HUMERO DERECHO MANEJO: ANALGESIA																	



S. PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SDR, SIN SIRS.  
 Ó. PACIENTE CON TA: 120/80 FC 80 FR 20  
 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS  
 CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSAS HUMEDAS  
 C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS ACPV SIN RUIDOS SOBREGREGADOS  
 ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL  
 EXT: BRAZO DERECHO DOLOR, EDEMA, DEFORMIDAD, LIMITACION FUNCIONAL PULSO  
 SNC: GLASGOW 15/15  
 A/P: PACIENTE ESTABLE, SIN SDR, SIN SIRS, SE CONTINUA IGUAL MANEJO. P/ REMISION A III NIVEL  
 PACIENTE ACEPTADO EN CLINICA COLOMBIA - JEFE LYDIA PARADA

Recomendaciones y plan de manejo ambulatorio (consultas, exámenes, apoyos terapéuticos e incapacidad)

CLINICA COLOMBIA JEFE LYDIA PARADA



Nombre del Médico que elabora la epicrisis

CUCALON GOMEZ LEONOR

Número de registro 1234

Especialidad MEDICINA GENERAL





# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS

Código: GCA-F-010-09

Vigencia: Febrero de 2012

SERVICIO: Cirugía

FECHA DILIGENCIAMIENTO

DD	MM	AAAA
27	IX	2013

## A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre: Fonuel Antonio Bustos Gonzalez.
2. Identificación: C.C. Y C.E.      CNV.      RC.      TI      Numero 10.483.751 Expedida en Sede de Quilichao
3. Fecha de nacimiento
- | DD | MM | AAAA |
|----|----|------|
| 01 | 01 | 1965 |
4. Historia clínica No. 10483.751
5. Nombre completo del médico tratante: Luis Fernando Garcia Ruiz

## B. CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

1. Antecedentes clínicos importantes:
2. Diagnóstico: Fractura Tercio proximal de Húmero.
3. Nombre técnico del procedimiento/tratamiento que se va a realizar Reduccion Abierta + Fijación Interna con placa de Húmero
4. Tipo de anestesia (en caso de necesidad): Bloqueo
5. Objetivos y beneficios del procedimiento/tratamiento que se va a realizar Reducir la fractura x medio de material de Osteosíntesis.
6. Los posibles riesgos más importantes son: Perle; Posible Reintervención; Secuelas funcionales; infección; Rigidez; Lesión Nerviosa ó Vasculor; falta del material; mala unión; Dda crónica; Amputación.
7. Los procedimientos/ tratamientos alternativos son:
8. Los efectos por la no práctica o rechazo del procedimiento/ tratamiento son: Pseudo Artrosis, Dda crónica, limitación funcional.

## C. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo, declaro en pleno uso de mis facultades mentales que he recibido una explicación y descripción clara y en lenguaje sencillo del procedimiento y/o tratamiento que voy a recibir. Declaro que se me ha explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos del mismo. También se me han aclarado todas las dudas y se me han dicho los beneficios y posibles incidentes o eventos operatorios o postoperatorios, así como las otras alternativas de tratamiento, además se me ha explicado la posibilidad de cambio de técnica durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese estrictamente necesario. Entiendo que el(los) medico(s) empleara(n) todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto quirúrgico/ tratamiento. Soy consciente de que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento, los cuales asumo.

Comprendo perfectamente que el procedimiento/ tratamiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo):

- Corregir la fractura que presenta, mediante una cirugía en la cual se va a utilizar un material de Osteosíntesis con el fin de corregir la fractura.

## D. MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD.

En consideración a lo anterior, de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para que se me efectúe el procedimiento /tratamiento descrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la realización de este a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Declaro que soy consciente de que el(los) Médico(s) empleará(n) todos los medios a su alcance buscando seguridad, para mí durante el acto quirúrgico/ tratamiento.

Sin embargo, es de mi conocimiento que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento, y por ende asumo todos los riesgos y beneficios que trae consigo el procedimiento/tratamiento propuesto. Que por lo anteriormente expresado, libero de toda responsabilidad al (los) Médico(s) Tratante(s), al personal auxiliar y directivo de la CLINICA COLOMBIA ES, por los riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos que se puedan presentar.

En cualquier caso que se me respeten las siguientes condiciones.

Si no hay condiciones, escríbase ninguna \_\_\_\_\_

Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constar: \_\_\_\_\_

Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

<b>Acepto la realización del procedimiento/ tratamiento propuesto</b>		
<i>Manuel Antonio Bustos Gonzalez</i> Firma del paciente	Documento de identidad <b>10483751</b>	Fecha (dd/mm/aaaa)
_____ Firma del testigo	_____ Documento de identidad	_____ Fecha (dd/mm/aaaa)

<b>Rechazo la realización del procedimiento/ tratamiento propuesto</b>		
_____ Firma del paciente	_____ Documento de identidad	_____ Fecha (dd/mm/aaaa)
_____ Firma del testigo	_____ Documento de identidad	_____ Fecha (dd/mm/aaaa)

**E. DECLARACIÓN DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL: MENORES DE EDAD E INCAPACITADOS PARA TOMAR DECISIONES, EN CASO DE SER MENOR DE 18 AÑOS Y/O INCAPAZ, DEBE FIRMAR EL RESPONSABLE LEGAL.**

Tutor legal o familiar \_\_\_\_\_

Sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento / tratamiento descrito arriba, porque: \_\_\_\_\_

El(los) Médico(s) tratante(s) me ha explicado de forma satisfactoria en qué consiste, cuales son los objetivos del procedimiento.

También me han detallado sus riesgos, sus potenciales complicaciones y los procedimientos/ tratamientos alternativos.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización del mismo.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente lo considere oportuno.

_____ Firma del familiar o tutor	_____ Parentesco	_____ Documento de identidad	_____ Fecha (dd/mm/aaaa)
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------	-----------------------------

_____ Firma del testigo	_____ Documento de identidad	_____ Fecha (dd/mm/aaaa)
----------------------------	---------------------------------	-----------------------------

*En caso de ser un menor de edad debe firmar uno o los dos padres.*

**F. DECLARACIONES DEL(LOS) MÉDICO(S) TRATANTE(S)**

Medico(s) responsable(s): \_\_\_\_\_

Medico(s) responsable(s): \_\_\_\_\_

Hemos informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos más importantes y de los beneficios y complicaciones de una manera clara, coherente y objetiva, de tal forma que el consentimiento se emita exento de cualquier error.

Firma del profesional(es) \_\_\_\_\_

Registro profesional \_\_\_\_\_



**NOTA OPERATORIA**

DATOS PACIENTE			
Nº INGRESO	90192	FECHA INGRESO	22/09/2013 10:44 am
Nº CUENTA	94816		
PACIENTE	CC 10483751	MANUEL ANTONIO BUSTOS GONZALEZ	
EDAD	56 Años		
DIRECCION	VEREDA DOMINGUILLO SANTANDER DE QUILICHAO	TELÉFONO	3128663613
ENTIDAD	NIT 860002534	ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA SA	
PLAN	QBE SEGUROS S.A. 2013		
VIA DE INGRESO	Urgencias	RESPONSABLE: OLGA PATRICIA MUÑOZ VARGAS	

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
FECHA INICIO	2013-09-27 15:00	DURACION	01:00 (HH:mm)
QUIROFANO	SALA 2		
VIA ACCESO	UNICO O UNILATERAL	TIPO CIRUGIA	LIMPIA
AMBITO CIRUGIA	HOSPITALARIA	FINALIDAD CIRUGIA	TERAPEUTICO
CIRUJANO	LUIS FERNANDO GARCIA RUIZ		
ANESTESIOLOGO	LUIS ALFONSO TORRES RIASCOS	AYUDANTE	STEPHANIE MARIE FUENTES CANTILLO
INSTRUMENTADOR	JESSICA MONTES GAVIRIA	CIRCULANTE	MARIXA MURILLO MANCHOLA
TIPO ANESTESIA	BLOQUEO		

GASES UTILIZADOS			
TIPO GAS	METODO SUMINISTRO	FRECUENCIA SUMINISTRO(L/m)	MINUTOS

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	
CARGO	DESCRIPCION
793210	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) <b>PROFESIONAL</b>
836201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE ANTEBRAZO (UNO O MAS) <b>PROFESIONAL</b>
793210	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) <b>PROFESIONAL</b>
836405	SUTURA DEL TENDON [TENODESIS] BICIPITAL POR ENDOSCOPIA <b>PROFESIONAL</b>
817205	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN LIGAMENTOS (UNA O MAS) <b>PROFESIONAL</b>

DESCRIPCIONES TECNICAS QUIRURGICAS
<p><b>LUIS FERNANDO GARCIA RUIZ</b></p> <p>asepsia y antisepsia colocacion de campos                      incision surco deltopectoral tercio medio con proximal                      diseccion por planos                      fractura tercio proximal con medio traxzo oblicuo largo                      reduccion abierta y fijacion interna con placa humero proximal                      de tres prificios seis bloqueados 3.5 proximales y dos bloqueados 3.5 y dos corticales 3.5 distales                      se realiza                      apoOrte oseo de cresta iliaca                      tenodesis de biceps humeral por endoscopia                      ligamentorrafia de coracoclaviculares                      tenorrafia de flexores del brazo lavado sutura por planos sin complicaciones                      gasas vendakje elastico</p>
<p><b>LUIS FERNANDO GARCIA RUIZ</b></p> <p>asepsia y antisepsia colocacion de campos                      incision surco deltopectoral tercio medio con proximal                      diseccion por planos                      fractura tercio proximal con medio traxzo oblicuo largo                      reduccion abierta y fijacion interna con placa humero proximal                      de tres prificios seis bloqueados 3.5 proximales y dos bloqueados 3.5 y dos corticales 3.5 distales                      se realiza                      apoOrte oseo de cresta iliaca                      tenodesis de biceps humeral por endoscopia                      ligamentorrafia de coracoclaviculares</p>

tenorrafia de flexores del brazo lavadp sutura por planos sin complicaciones  
gasas vendakje elastico

**HALLAZGOS QUIRURGICOS**

**LUIS FERNANDO GARCIA RUIZ**

fractura tercio proximal de humero derecho desplazada lesion tipo desinsercion de tendon bicipital lesion ligamentos hombro derecho

**LUIS FERNANDO GARCIA RUIZ**

fractura tercio proximal de humero derecho desplazada lesion tipo desinsercion de tendon bicipital lesion ligamentos hombro derecho

**LUIS FERNANDO GARCIA RUIZ**

fractura de tercio proximal deb humero lesion desinsercion del biceps humeral lesion ligamentos coracoclaviculares lesion flexores de antebrazo



**PROFESIONAL:** LUIS FERNANDO GARCIA RUIZ

CC - 16257377 - T.P 10678-82

**ESPECIALIDAD:** TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA



Handwritten text at the top of the page, possibly a title or header, which is mostly illegible due to fading and bleed-through.

- 1. ...
- 2. ...
- 3. ...
- 4. ...
- 5. ...
- 6. ...









**CLINICA COLOMBIA ES**

**NIT. 900.242.742-1**

Certifica:

Que en esta institución está siendo atendido el (la) señor (a) **MANUEL ANTONIO BUSTOS GONZALEZ** Identificado con CC **10483751** de Cali (Valle) a través de **QBE SEGUROS 2013** de acuerdo a la fecha del accidente el cupo es de **\$0**

<b>ASEGURADORA</b>	<b>\$</b>	<b>15.720.000</b>
<b>SALDO</b>	<b>\$</b>	<b>0</b>

Para constancia se firma a los 28 Días del mes de SEPTIEMBRE de 2013

**NOTA:** TIEMPO DE VIGENCIA DE CUBRIMIENTO DEL SOAT, HASTA 2 (DOS) AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

ATENTAMENTE,

**MARIA ANGELICA ESCOBAR**  
**FACTURACION 7 PISO**





Apellido: BUSTOS GONZALEZ  
Nombre: MANUEL ANTONIO  
Cédula: 10483751  
Fecha de nacimiento: 01/01/1965

Estudio: RX021, RX HUMERO

===== REPORT TEXT =====

HUMERO del 28-09-2013:

Proyección única en ap.  
Localizacion de Placa mas Tornillo a Nivel Tercio  
Medio Humero  
Fragmento Distal Ligeramente Desviado en Proyeccion Oblicual  
Buena Posicion Maost.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Favian Cordon', is written over a horizontal line.

FAVIAN ALEJANDRO CORDON  
RADIOLOGO ESTUDIOS  
RM: 80218397

