



Asociación Científica Colombiana
de Medicina Estética

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA ESTÉTICA – ACICME

FORMATOS OFICIALES

FONDO SOLIDARIO ACICME

Documentos operativos para implementación

Este paquete documental contiene los formatos oficiales que serán utilizados por los Afiliados ACICME para acceder a los beneficios del Fondo Solidario, junto con la matriz de aplicabilidad por tipo de evento y la guía de uso operativo.

Contenido del documento:

Matriz de aplicabilidad por tipo de evento

F-01 — Notificación de Evento Adverso o Reclamación

F-02 — Solicitud de Activación de Beneficios

F-03 — Declaración de Estado de Cobertura SURA

F-04 — Acta de Entrega de Documentación e Historia Clínica

F-04-HD — Anexo Habeas Data (tratamiento de datos sensibles)

F-05 — Autorización para Conciliación o Transacción

Guía operativa y control de versiones

*Documento presentado a la Junta Directiva
para aprobación e inicio de implementación*

Versión 1 – Junio 2026

ACICME®
Asociación Científica Colombiana
de Medicina Estética
Propietaria del Fondo Solidario

 **MAURICIO
HERRERA**
Consultoría Legal
Administradora del Fondo

MATRIZ DE APLICABILIDAD

Cuadro maestro de articulación SURA — Fondo Solidario por tipo de evento

La siguiente matriz constituye el cuadro operativo de referencia. Para cada tipo de evento o situación, identifica la cobertura de la póliza SURA, el beneficio del Fondo Solidario ACICME, los límites económicos, el consumo de nivel de protección técnica, los plazos de notificación y los formatos a diligenciar.

Tipo de evento	Cobertura SURA	Beneficio del Fondo	Límite económico	Consumo de nivel	Plazo de notificación	Formato
Reclamaciones de Responsabilidad Civil Profesional / Demandas civiles	Aplica como cobertura principal (100% del valor asegurado), sujeta a RC profesional por daños o lesiones.	Apoyo complementario: defensa jurídica temprana, asunción del deducible (10%) o exceso del valor asegurado.	Deducible 10% del siniestro (mín. 2 SMMLV) o según plan de afiliación.	1 nivel completo / Impacto directo en el valor asegurado disponible.	36 h al Fondo / 10 días hábiles a SURA	F-01, F-02, F-03, F-04, F-05
Procesos ante Tribunal de Ética Médica / Disciplinarios	Parcial — Gastos de defensa hasta el 50% del valor asegurado.	Defensa jurídica integral, asesoría y acompañamiento ante organismos disciplinarios.	Hasta 5 SMMLV / Deducible 2 SMMLV.	0.5 nivel / Reducción del sublímite de gastos de defensa.	36 h al Fondo / 10 días hábiles a SURA	F-01, F-02, F-04, F-05
Procesos penales (independientes o concomitantes)	Cubre si es concomitante con la acción civil (máx. \$50.000.000). Excluido si es proceso penal independiente.	Defensa jurídica integral, respaldo solidario adicional y asesoría procesal.	Hasta 5 SMMLV / Deducible 10% (mín. 2 SMMLV).	1 nivel completo / Consumo de sublímite penal específico.	36 h al Fondo / 10 días hábiles a SURA	F-01, F-02, F-03, F-04, F-05
Crisis reputacional y exposición mediática	Generalmente no cubierta (apoyo no patrimonial). Asesoría jurídica telefónica 24/7.	Apoyo profesional en manejo de crisis, comunicación estratégica y protección reputacional.	Hasta 2 SMMLV (100% de los costos). Sin costo adicional en la asistencia telefónica.	0.5 nivel / No consume valor asegurado indemnizatorio.	36 h al Fondo / Inmediato (asistencia SURA)	F-01, F-02, F-05
Conciliaciones extrajudiciales y solución de conflictos	Sujeto a autorización previa de la aseguradora.	Intervención jurídica en audiencias, representación y auxilio económico.	Hasta el 50% de los costos (máx. 1 SMMLV).	0.5 nivel.	36 h al Fondo / 10 días a SURA / Previo a la diligencia	F-01, F-05

Tipo de evento	Cobertura SURA	Beneficio del Fondo	Límite económico	Consumo de nivel	Plazo de notificación	Formato
PQRD y actuaciones ante autoridades sanitarias	Generalmente excluida en la fase administrativa inicial o limitada.	Asesoría jurídica en quejas, reclamos y denuncias; acompañamiento en actuación sanitaria.	Hasta el 50% de los costos (máx. 1 SMMLV).	0.25 nivel.	36 h al Fondo / 10 días a SURA	F-01, F-02, F-04, F-05
Resultados en procedimientos estéticos no quirúrgicos	Exclusión expresa conforme cláusula especial / Slip SURA.	Defensa jurídica con cargo al Fondo y asunción del apoyo según términos del plan.	Hasta 5 SMMLV por evento o según plan de afiliación.	1 nivel completo.	36 h al Fondo	F-01, F-02, F-03, F-04
Fallas en tratamiento de datos sensibles (Habeas Data)	Aplica (100% del valor asegurado).	Asesoría técnica y administrativa.	Deducible 10% (mín. 2 SMMLV).	Afecta el límite general de la póliza.	36 h al Fondo / 10 días hábiles a SURA	F-04 (Habeas Data)

Regla operativa esencial

Ante cualquier evento adverso, queja, requerimiento o reclamación, el afiliado debe (i) notificar al Fondo Solidario ACICME dentro de las 36 horas siguientes al conocimiento del hecho mediante el Formato F-01 y (ii) reportar a SURA dentro de los 10 días hábiles siguientes, con el apoyo de MH Consultoría Legal cuando así lo solicite. El reporte cruzado y oportuno es condición de acceso a los beneficios.

GUÍA OPERATIVA DE USO DE LOS FORMATOS

Los formatos están diseñados para diligenciarse de manera secuencial. La siguiente tabla describe el propósito, momento de uso y receptor de cada uno.

Formato	Propósito	Cuándo se diligencia	Receptor
F-01	Notificación inicial del evento adverso o reclamación al Fondo.	Dentro de las 36 horas siguientes al conocimiento del hecho.	Fondo Solidario ACICME (canal de MH Consultoría Legal).
F-02	Solicitud formal de activación de los beneficios del Fondo (jurídicos, solidarios o reputacionales).	Una vez evaluado el caso y determinada la necesidad de activar beneficios del Fondo.	Comité Técnico del Fondo.
F-03	Declaración del estado actual de cobertura ante SURA respecto del evento.	Cuando se determine que el evento está total o parcialmente fuera del alcance de la póliza.	Comité Técnico del Fondo.
F-04	Acta de entrega formal de la historia clínica y documentación del caso al Fondo.	Al momento de transferir la documentación de soporte para el análisis técnico-jurídico.	Fondo Solidario ACICME (custodia documental).
F-04-HD	Anexo especial al F-04 para casos de fallas en el tratamiento de datos sensibles (Habeas Data).	Cuando el evento involucre violación, fuga o tratamiento indebido de datos personales del paciente.	Fondo Solidario ACICME / Oficial de Protección de Datos.
F-05	Autorización expresa del afiliado para conciliación o transacción con cargo al Fondo.	Antes de la diligencia de conciliación o de la suscripción del acuerdo de transacción.	Fondo Solidario ACICME / Comité Técnico.

Principios para el correcto diligenciamiento

Los formatos deben diligenciarse de forma completa, legible y veraz. La información allí consignada tiene carácter de declaración bajo gravedad de juramento. Cualquier alteración u ocultamiento doloso de información puede dar lugar a la exclusión del afiliado del Fondo (Art. 34 del Reglamento). Los espacios marcados como “Uso exclusivo del Fondo” no deben ser diligenciados por el afiliado.

 ACICME® Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética	FONDO SOLIDARIO ACICME NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO O RECLAMACIÓN	 MAURICIO HERRERA Consultoría Legal F-01 Versión 1 – 2026
---	--	--

Plazo y carácter de esta notificación

Este formato debe presentarse dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes al conocimiento del hecho (Artículos 13 y 19 del Reglamento). La notificación oportuna NO constituye reconocimiento de responsabilidad. Es un mecanismo preventivo para activar los apoyos del Fondo y coordinar el reporte a SURA dentro de los 10 días hábiles siguientes. El procesamiento jurídico se realiza por Mauricio Herrera Consultoría Legal (MH), administradora del Fondo.

1. Identificación del afiliado

Nombre completo	
Documento de identidad	
Registro Médico (RM)	
Especialidad / formación	
Plan de afiliación al Fondo	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Dirección de notificaciones	
Inscripción en póliza SURA (Sí / No)	

2. Información del hecho

Fecha del hecho		Hora aproximada	
Fecha en que tuvo conocimiento		Hora del conocimiento	
Lugar / establecimiento donde ocurrió			

Dirección y ciudad	
¿Establecimiento con habilitación sanitaria vigente?	

Tipo de evento (marque con X una o varias opciones):

- ☐ Evento adverso clínico relevante
- ☐ Queja o reclamo verbal del paciente o familiar
- ☐ PQRD ante autoridad sanitaria (Secretaría de Salud, INVIMA, otras)
- ☐ Demanda civil por responsabilidad profesional
- ☐ Citación a conciliación extrajudicial
- ☐ Queja ante Tribunal de Ética Médica
- ☐ Proceso disciplinario
- ☐ Denuncia o investigación penal
- ☐ Crisis reputacional o exposición mediática
- ☐ Amenaza expresa de denuncia o reclamación
- ☐ Falla en tratamiento de datos personales del paciente (Habeas Data)
- ☐ Otro (especifique): _____

3. Información del paciente	
Nombre completo del paciente	
Documento de identidad	
Edad / fecha de nacimiento	
Teléfono / contacto	
Procedimiento(s) realizado(s)	
Fecha del procedimiento	
Insumos, dispositivos o medicamentos utilizados	
Registro sanitario de insumos (vigente Sí / No)	

Soportes clínicos disponibles

¿Cuenta con consentimiento informado firmado por el paciente?

- ☐ Sí, firmado completamente
- ☐ Sí, parcial (especifique qué falta): _____
- ☐ No

¿Cuenta con historia clínica completa del paciente?

- ☐ Sí, completa y disponible
- ☐ Parcial — falta: _____
- ☐ No

¿Cuenta con registro fotográfico clínico (pre, intra y post procedimiento)?

- ☐ Sí — pre, intra y post
- ☐ Sí, parcial
- ☐ No
- ☐ No aplica para el procedimiento realizado

4. Descripción narrativa del hecho

Describe los hechos de manera concisa, objetiva y cronológica. Indique fechas, actuaciones del paciente, manifestaciones recibidas, comunicaciones cruzadas y cualquier elemento relevante para el caso (mínimo 10 líneas):

5. Estado del reporte a SURA

- ☐ Ya notifiqué a SURA. Fecha de notificación: ____ / ____ / ____ N° radicado: _____
- ☐ Aún no he notificado a SURA. Solicito apoyo de MH Consultoría Legal para realizar el reporte dentro del plazo de 10 días hábiles.
- ☐ Considero que el evento NO está cubierto por la póliza SURA (motivo): _____
- ☐ Considero que el evento SÍ está cubierto por la póliza SURA.

6. Apoyo solicitado al Fondo Solidario

Marque los servicios del Fondo que solicita activar (sujeto a evaluación del Comité Técnico):

- ☐ Asesoría jurídica temprana / orientación inicial
- ☐ Defensa jurídica integral (civil, administrativa, disciplinaria o penal)

- ☐ Acompañamiento en proceso ético-disciplinario
- ☐ Acompañamiento en PQRD o actuación ante autoridad sanitaria
- ☐ Representación en conciliación extrajudicial
- ☐ Servicios de protección reputacional / gestión de crisis mediática
- ☐ Auxilio económico complementario (deducible, exceso de valor asegurado, condena, conciliación)
- ☐ Apoyo en gestión de Habeas Data (datos sensibles)
- ☐ Otro: _____

7. Declaraciones y compromisos del afiliado

Bajo gravedad de juramento, declaro que la información aquí consignada es veraz, completa y exacta. Asimismo, me comprometo a:

- a) Entregar la documentación clínica y los soportes requeridos por el Fondo dentro de los plazos solicitados.
- b) Abstenerme de realizar acuerdos económicos, transacciones o declaraciones públicas sobre el caso sin asesoría previa de MH Consultoría Legal.
- c) Conservar y no alterar la historia clínica ni los registros relacionados con el evento.
- d) Permitir las revisiones técnicas que sean necesarias para la estrategia de defensa.
- e) Colaborar de buena fe con las gestiones del Fondo y de su Administradora.
- f) Autorizar a ACICME y a MH Consultoría Legal para tratar mis datos personales conforme a la Ley 1581 de 2012 y para coordinar el caso directamente con la aseguradora.

Firma del médico afiliado

Nombre: _____ C.C.: _____ Registro
Médico: _____ Lugar y fecha: _____

Espacio para uso exclusivo del Fondo Solidario ACICME — MH Consultoría Legal	
Radicado N°	
Fecha y hora de recepción	
Funcionario receptor (nombre y cargo)	
¿Cumple plazo de 36 horas? (Sí / No)	
Clasificación preliminar del evento	
Observaciones preliminares	

 ACICME® Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética	FONDO SOLIDARIO ACICME SOLICITUD DE ACTIVACIÓN DE BENEFICIOS	 MAURICIO HERRERA Consultoría Legal F-02 Versión 1 – 2026
---	---	--

Este formato se diligencia cuando el afiliado, con base en el reporte previo (F-01), solicita formalmente la activación de uno o varios beneficios del Fondo Solidario. El presente formato se utiliza principalmente cuando la póliza SURA no cubre el evento, lo cubre parcialmente o se requiere apoyo complementario. Su evaluación corresponde al Comité Técnico del Fondo, con el apoyo de MH Consultoría Legal (Arts. 7 y 20 del Reglamento).

1. Identificación del solicitante	
Nombre completo del afiliado	
Documento de identidad / Registro Médico	
Plan de afiliación	
Radicado F-01 asociado	
Fecha de presentación del F-01	
Estado actual del caso	

2. Naturaleza del apoyo solicitado al Fondo

Marque la naturaleza del apoyo, conforme al Artículo 32 del Reglamento (relación con la aseguradora):

☐ **OPCIÓN A — Evento NO cubierto por la póliza SURA**

El evento se encuentra excluido del alcance de la póliza colectiva (por exclusión contractual, naturaleza del proceso o ausencia de elementos de RC civil). Solicito que el Fondo asuma el apoyo en los términos del plan de afiliación.

Causal aplicable (marque):

- ☐ Reclamación por resultados o expectativas de procedimientos estéticos no quirúrgicos (exclusión expresa del slip SURA)
- ☐ Proceso penal independiente (sin reclamación civil concomitante)
- ☐ PQRD / actuación ante autoridad sanitaria no cubierta por la póliza

☐ Crisis reputacional o mediática sin reclamación formal

☐ Proceso disciplinario fuera del alcance de la póliza

☐ Otro — especifique: _____

☐ **OPCIÓN B — Evento PARCIALMENTE cubierto por la póliza SURA**

Solicito apoyo complementario para el rubro no cubierto por la póliza, tales como:

☐ Asunción del deducible (10% del siniestro, mínimo 2 SMMLV)

☐ Exceso sobre el valor asegurado

☐ Diferencia entre cobertura SURA (p. ej. 50% de gastos de defensa en Tribunal de Ética) y costo real del proceso

☐ Gastos no asegurados (logística, copias, certificaciones, transporte)

☐ Defensa jurídica temprana antes de configurarse reclamación formal

☐ Otro — especifique: _____

☐ **OPCIÓN C — Apoyo NO patrimonial o no asegurable**

Servicios que por su naturaleza no se cubren por la póliza de RC profesional:

☐ Gestión de crisis mediática

☐ Orientación comunicacional con pacientes o familiares

☐ Asesoría en manejo de contenidos y comunicación digital

☐ Asesoría preventiva en documentación clínica frente al caso

3. Sustentación: por qué la póliza no aplica o aplica parcialmente

Si su solicitud corresponde a la Opción A o B, sustente por qué considera que la póliza SURA no cubre el evento o lo cubre solo parcialmente. Cite la cláusula, exclusión o condición particular cuando sea posible.

4. Beneficios específicos solicitados con cuantificación estimada

Diligencie las filas que apliquen a su caso. Los topes son los previstos en los Artículos 7, 9 y 33 del Reglamento.

Beneficio solicitado	Tope Plan ACICME	Consumo de nivel	Valor estimado (COP)	Justificación breve
Defensa jurídica integral	Hasta 5 SMMLV	1 nivel completo		
Acompañamiento ético-disciplinario	Hasta 5 SMMLV / Deducible 2 SMMLV	0.5 nivel		
PQRD / autoridad sanitaria	50% costos, máx. 1 SMMLV	0.25 nivel		
Conciliación extrajudicial	50% costos, máx. 1 SMMLV	0.5 nivel		
Gestión de crisis mediática	Hasta 2 SMMLV (100% costos)	0.5 nivel		
Orientación comunicacional con pacientes	Hasta 1 SMMLV (50% costos)	0.25 nivel		

Beneficio solicitado	Tope Plan ACICME	Consumo de nivel	Valor estimado (COP)	Justificación breve
Resultados estéticos no quirúrgicos (no cubierto por SURA)	Hasta 5 SMMLV por evento	1 nivel completo		
Auxilio económico (condena / conciliación / deducible)	Según evaluación del Comité Técnico	Según evento		
Gastos logísticos (transporte, copias, certificaciones)	Tope anual definido por Junta Directiva	No aplica		

5. Declaración del solicitante

Declaro bajo gravedad de juramento que:

- a) La información suministrada es veraz, completa y exacta.
- b) Me encuentro al día con mis aportes al Fondo y con la membresía ACICME.
- c) He actuado conforme a la lex artis, sin dolo ni culpa grave manifiesta.
- d) No he realizado procedimientos sin la habilitación o idoneidad legalmente exigida.
- e) Conozco y acepto el Reglamento del Fondo Solidario ACICME, en particular los Artículos 20, 21 y 33.
- f) Autorizo el tratamiento de mis datos personales por parte de ACICME y de MH Consultoría Legal conforme a la Ley 1581 de 2012.
- g) Acepto que las decisiones sobre los beneficios solicitados serán adoptadas por el Comité Técnico del Fondo conforme a criterios técnicos, jurídicos y de disponibilidad financiera.

Firma del solicitante

Nombre: _____ C.C.: _____ Registro
Médico: _____ Lugar y fecha: _____

Espacio para uso exclusivo del Comité Técnico	
N° de Acta del Comité	
Fecha de evaluación	
Miembros del Comité presentes	
Decisión	

Marque la decisión:

- ☐ Aprueba en los términos solicitados
- ☐ Aprueba parcialmente (precisar)
- ☐ Niega (causal motivada)
- ☐ Solicita información adicional

Nivel(es) de protección técnica consumido(s)	
Monto autorizado (COP)	
Saldo de niveles tras esta decisión	
Motivación de la decisión	

 Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética	FONDO SOLIDARIO ACICME DECLARACIÓN DE ESTADO DE COBERTURA SURA	 F-03 Versión 1 – 2026
---	---	--

Este formato acredita la situación del afiliado frente a la póliza colectiva de Responsabilidad Civil Profesional contratada por ACICME con Seguros Generales Suramericana S.A. (SURA), respecto del evento reportado al Fondo Solidario. La revisión técnica del estado de cobertura se realiza con el acompañamiento de MH Consultoría Legal.

1. Datos del afiliado y del evento	
Nombre del afiliado	
Documento de identidad / RM	
Radicado F-01 asociado	
N° de póliza SURA (si dispone)	
Vigencia de la póliza	
Fecha de retroactividad	
Tipo de evento (clasificación matriz)	

2. Situación frente a la póliza SURA

Marque la opción que mejor describa el estado actual frente a la aseguradora:

☐ **A. El evento NO ha sido reportado aún a SURA**

Razón:

- ☐ Estoy dentro del plazo de 10 días hábiles y solicito apoyo de MH Consultoría Legal para el reporte
- ☐ Considero, junto con MH Consultoría Legal, que no procede el reporte por estar el evento fuera del alcance de la póliza
- ☐ Otra razón: _____

☐ **B. El evento SÍ fue reportado a SURA**

Estado del trámite ante la aseguradora:

- ☐ En estudio / análisis preliminar
- ☐ Objetado por SURA (adjuntar comunicación)
- ☐ Aceptado parcialmente (adjuntar carta de aceptación parcial)
- ☐ Aceptado totalmente (no requiere apoyo del Fondo, salvo deducible o complementarios)
- ☐ En proceso de pago / liquidación

Fecha del reporte a SURA	
N° de radicado SURA	
Funcionario SURA de contacto	
Última fecha de comunicación con SURA	

3. Causal de no cobertura o cobertura parcial alegada por SURA

Si la aseguradora ha objetado total o parcialmente la reclamación, indique la causal invocada por SURA. Cite literalmente la cláusula cuando sea posible:

4. Análisis del afiliado sobre la aplicabilidad de la póliza

Marque las exclusiones del slip SURA o del condicionado general que podrían aplicar al evento:

- ☐ Exclusión b) — Tratamientos estéticos puramente cosméticos o cirugía plástica sin secuela funcional
- ☐ Exclusión d) — El resultado de una intervención
- ☐ Cláusula especial ACICME — limitación a secuelas funcionales médicas (no resultados estéticos)

- ☐ Exclusión j) — Perjuicios no derivados directamente de lesión o daño al paciente
- ☐ Proceso penal independiente (no concomitante a reclamación civil)
- ☐ Exclusión a) — Daños causados sin habilitación legal vigente
- ☐ Otra exclusión:

-
- ☐ No considero que aplique exclusión alguna a este evento

5. Documentos anexos a esta declaración

- ☐ Copia del reporte enviado a SURA
- ☐ Comunicación de objeción o aceptación parcial de SURA
- ☐ Certificado de cobertura individual emitido por SURA
- ☐ Liquidación del siniestro o propuesta de indemnización
- ☐ Comprobante de pago del deducible (si aplica)
- ☐ Otros:

6. Declaraciones

Declaro que: (i) la información consignada corresponde al estado real del trámite ante SURA; (ii) autorizo expresamente al Fondo Solidario ACICME y a MH Consultoría Legal para consultar directamente con la aseguradora el estado del siniestro y coordinar la estrategia integrada de defensa; (iii) entiendo que la negación o limitación de cobertura por parte de SURA no genera automáticamente cobertura por parte del Fondo, sino que activa la evaluación del Comité Técnico conforme al Reglamento.

Firma del afiliado

Nombre: _____ C.C.: _____ Registro
Médico: _____ Lugar y fecha: _____

 ACICME® Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética	FONDO SOLIDARIO ACICME ACTA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN E HC	 F-04 Versión 1 – 2026
---	---	--

Mediante este formato el afiliado entrega formalmente al Fondo Solidario ACICME, a través de MH Consultoría Legal, los documentos necesarios para el estudio técnico-jurídico del caso. La entrega completa de documentación es requisito de acceso a los beneficios (Art. 20 literal c del Reglamento). Si el evento involucra fallas en tratamiento de datos sensibles, adicionalmente debe diligenciarse el formato F-04-HD.

1. Identificación del caso	
Nombre del afiliado	
Documento de identidad / RM	
Radicado F-01	
Fecha de entrega	
Modalidad de entrega	

Marque la modalidad de entrega:

- ☐ Entrega física en sobre cerrado y foliado
☐ Entrega digital (correo institucional cifrado)
☐ Plataforma del afiliado / repositorio seguro
☐ Combinación de modalidades (especificar): _____

2. Inventario documental					
--------------------------	--	--	--	--	--

Marque los documentos que entrega y registre el número de folios o el nombre de archivo digital. La columna "Observación" se usa para indicar cuando un documento no esté disponible y la razón.

N°	Documento	Sí	No	Folios / Archivo	Observación
1	Historia clínica completa del paciente	☐	☐		
2	Consentimiento informado firmado	☐	☐		
3	Registro fotográfico clínico (pre / intra / post / control)	☐	☐		

N°	Documento	Sí	No	Folios / Archivo	Observación
4	Soportes de insumos utilizados (factura, lote, registro sanitario)	☐	☐		
5	Habilitación sanitaria del establecimiento	☐	☐		
6	Registro profesional vigente del afiliado	☐	☐		
7	Comunicaciones con el paciente o familiar (mensajes, correos, llamadas)	☐	☐		
8	Reclamación, demanda o queja recibida (notificación judicial o administrativa)	☐	☐		
9	Reporte enviado a SURA y soporte de envío	☐	☐		
10	Respuesta de SURA (si la hay)	☐	☐		
11	Liquidación del siniestro o propuesta de indemnización SURA (si la hay)	☐	☐		
12	Cotizaciones de honorarios profesionales o costos asociados	☐	☐		
13	Pólizas adicionales o concurrentes (si aplica)	☐	☐		
14	Capturas de redes sociales o publicaciones (si hay crisis reputacional)	☐	☐		
15	Política y manual de tratamiento de datos del consultorio (si aplica F-04-HD)	☐	☐		
16	Otros documentos (especificar)	☐	☐		

3. Cadena de custodia y confidencialidad

Declaro que los documentos entregados son los originales o copias fieles de los mismos, que se han preservado sin alteración alguna desde el momento del evento y que conservaré en mi poder los originales (si entrego copias) hasta la culminación del caso. Autorizo a ACICME y a MH Consultoría Legal para custodiar, copiar y compartir esta documentación con el equipo jurídico y la aseguradora cuando sea procedente, bajo deber estricto de confidencialidad.

Firma del afiliado – ENTREGA

Nombre: _____ C.C.: _____ Registro
Médico: _____ Lugar y fecha: _____

Espacio para uso exclusivo del Fondo Solidario ACICME — MH Consultoría Legal	
Recibido por (funcionario)	
Cargo	
Fecha y hora de recepción	
Total de folios físicos recibidos	
Total de archivos digitales recibidos	
Cumplimiento del inventario	
Observaciones del receptor	

Firma del funcionario receptor

Fondo Solidario ACICME / MH Consultoría Legal

 ACICME® Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética	FONDO SOLIDARIO ACICME ANEXO HABEAS DATA — DATOS SENSIBLES	 MAURICIO HERRERA Consultoría Legal F-04-HD Versión 1 — 2026
---	---	---

Cuándo se diligencia este formato

Este formato complementa al F-04 y debe diligenciarse cuando el evento involucre fallas en el tratamiento de datos personales o sensibles del paciente (Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013). La póliza SURA contempla cobertura para responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles. El reporte oportuno es esencial para activar tanto la cobertura SURA como el acompañamiento técnico-administrativo del Fondo.

1. Identificación del caso

Nombre del afiliado	
Documento / RM	
Radicado F-01 asociado	
Radicado F-04 asociado	

2. Naturaleza del incidente de datos

Marque el tipo de incidente:

- ☐ Fuga o pérdida de información (extravío de dispositivos, hackeo, robo de equipos)
- ☐ Acceso no autorizado a la historia clínica o a base de datos del consultorio
- ☐ Divulgación indebida de fotografías clínicas o información del paciente
- ☐ Uso de imagen o datos del paciente con fines publicitarios sin consentimiento
- ☐ Solicitud de supresión / rectificación no atendida en término
- ☐ Reclamación administrativa ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC)
- ☐ Otro: _____

3. Detalle del incidente

Fecha de ocurrencia del incidente	
Fecha de detección del incidente	

Número aproximado de titulares de datos afectados	
Tipo de datos comprometidos	
Medios o canales involucrados	

Tipo de datos comprometidos (marque los aplicables):

- ☐ Datos de identificación (nombre, documento, contacto)
- ☐ Datos de salud / historia clínica
- ☐ Imágenes clínicas (fotografías pre / post procedimiento)
- ☐ Datos financieros o de pago
- ☐ Datos biométricos
- ☐ Datos de menores de edad
- ☐ Otros datos sensibles: _____

4. Soportes del cumplimiento del régimen de datos

Indique con cuáles de los siguientes elementos cuenta su consultorio o establecimiento:

- ☐ Política de tratamiento de datos personales publicada y accesible
- ☐ Aviso de privacidad firmado por el paciente
- ☐ Autorización expresa, previa e informada para tratamiento de datos sensibles
- ☐ Autorización específica para uso de imágenes clínicas con fines académicos o publicitarios (si aplica)
- ☐ Registro de la base de datos ante la SIC (RNBD), cuando proceda
- ☐ Designación de responsable / encargado del tratamiento
- ☐ Manual interno de manejo seguro de información clínica
- ☐ Contrato de transmisión / transferencia con terceros (laboratorios, plataformas, prestadores)

5. Actuaciones inmediatas adoptadas

Describa las medidas inmediatas tomadas tras la detección del incidente (contención, notificación a titulares, restablecimiento, etc.):

6. Notificaciones realizadas o por realizar

Notificación a titulares		Fecha	
Notificación a la SIC		Fecha	
Notificación a SURA		Fecha	
Notificación al Fondo		Fecha	

7. Declaración del afiliado

Declaro que la información aquí consignada es veraz, que se han preservado los soportes técnicos y administrativos del incidente, y que autorizo a ACICME, a MH Consultoría Legal y a SURA para coordinar la atención técnica, jurídica y administrativa del caso. Conozco que la activación de este formato no constituye reconocimiento de responsabilidad por mi parte.

Firma del afiliado

Nombre: _____ C.C.: _____ Registro
Médico: _____ Lugar y fecha: _____

 ACICME® Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética	FONDO SOLIDARIO ACICME AUTORIZACIÓN CONCILIACIÓN / TRANSACCIÓN	 F-05 Versión 1 – 2026
---	---	--

Mediante este formato el afiliado autoriza expresamente al Fondo Solidario ACICME, representado por MH Consultoría Legal, para participar en conciliación, transacción o acuerdo extrajudicial con cargo a los recursos del Fondo, conforme al Artículo 27 numeral 4 del Reglamento. Sin esta autorización, ningún acuerdo económico será asumido por el Fondo.

1. Identificación del caso	
Nombre del afiliado	
Documento / RM	
Radicado F-01	
N° de Acta del Comité Técnico que aprobó el beneficio	
Plan de afiliación	

2. Detalle del acuerdo propuesto

Marque el tipo de acuerdo:

- ☐ Conciliación extrajudicial (Casa de Justicia, centro de conciliación, ICBF)
☐ Conciliación prejudicial (procuraduría judicial)
☐ Transacción civil
☐ Acuerdo de desistimiento (con o sin pago)
☐ Otro: _____

Fecha y lugar de la diligencia	
Tercero / contraparte (paciente o familiar)	
Identificación del tercero	
Apoderado del tercero (si lo hay)	

Apoderado del afiliado (MH Consultoría Legal)	
Conciliador / mediador	

3. Cuantía propuesta del acuerdo

Concepto	Valor (COP)	Asumido por	Observaciones
Indemnización al paciente / tercero		SURA / Afiliado / Fondo (marcar)	
Honorarios de apoderado del afiliado		SURA / Afiliado / Fondo (marcar)	
Gastos del centro de conciliación		SURA / Afiliado / Fondo (marcar)	
Otros conceptos (especificar)			
TOTAL			

4. Articulación con la cobertura SURA

Marque la situación que corresponde al caso:

- ☐ SURA cubrirá la totalidad del acuerdo. El Fondo solo asume rubros no cubiertos (deducible, gastos logísticos)
- ☐ SURA cubrirá parcialmente. El Fondo asume el saldo dentro de los límites del plan
- ☐ SURA NO cubre el evento. El Fondo asume el acuerdo conforme al plan y a la decisión del Comité Técnico
- ☐ No aplica cobertura SURA (evento no asegurable). Solo Fondo

5. Manifestación de voluntad del afiliado

Yo, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de Afiliado al Fondo Solidario ACICME, AUTORIZO expresamente al Fondo Solidario ACICME y a sus apoderados designados (MH Consultoría Legal) para:

1. Participar en mi nombre en la diligencia de conciliación o suscribir el acuerdo de transacción detallado en este formato.
2. Asumir, con cargo a los recursos del Fondo y dentro de los límites de mi plan, los rubros marcados en la sección 3.
3. Aplicar el consumo correspondiente de niveles de protección técnica a mi vigencia anual.
4. Coordinar con la aseguradora SURA la articulación con la cobertura de la póliza colectiva.
5. Suscribir los anexos y actas que la diligencia requiera para hacer efectivo el acuerdo.

6. Declaraciones y advertencias

Declaro y acepto que:

- a) La presente autorización no constituye reconocimiento de responsabilidad civil, ética, disciplinaria ni penal de mi parte.
- b) El acuerdo se suscribe como mecanismo de solución pacífica del conflicto y para mitigar el riesgo procesal.
- c) Conozco que los recursos asumidos por el Fondo NO son reembolsables a mi favor.
- d) Conozco que el incumplimiento del acuerdo por parte del tercero o el surgimiento de hechos nuevos podrá afectar la estrategia del caso, y me comprometo a informar de inmediato a MH Consultoría Legal.
- e) Mantengo el compromiso de confidencialidad y de no realizar declaraciones públicas sobre el caso sin autorización del Comité de Gestión de Crisis y del equipo jurídico del Fondo.

Firma del afiliado autorizante

Nombre: _____ C.C.: _____ Registro
Médico: _____ Lugar y fecha: _____

Firma del representante del Fondo

MH Consultoría Legal — Apoderado autorizado

Nombre y cargo: _____

Espacio para uso exclusivo del Comité Técnico	
N° de Acta de aprobación previa	
Fecha de aprobación	
Nivel de protección técnica consumido	
Saldo de niveles de protección técnica	
Resultado del acuerdo (cumplido / incumplido / pendiente)	
Observaciones finales del caso	

CONTROL DE VERSIONES Y APROBACIÓN

La presente versión de los formatos del Fondo Solidario ACICME es la primera versión oficial preparada para implementación. Cualquier modificación posterior deberá ser aprobada por la Junta Directiva y reflejada en este cuadro de control.

Versión	Fecha	Cambios principales	Aprobado por
1.0	Junio de 2026	Versión inicial: matriz de aplicabilidad, F-01 a F-05 y F-04-HD para Habeas Data, alineados con el Reglamento aprobado.	Junta Directiva ACICME

Constancia de aprobación de los formatos

En constancia, los presentes formatos oficiales del Fondo Solidario ACICME son aprobados por la Junta Directiva como instrumentos operativos para el inicio de la fase de implementación del sistema de protección profesional. A partir de esta aprobación, los afiliados podrán acceder a los beneficios del Fondo mediante el diligenciamiento de estos formatos, conforme al Reglamento vigente.

Presidente

Junta Directiva ACICME

Nombre: _____

C.C. _____

Mauricio Herrera

MH Consultoría Legal — Administrador del
Fondo

Fecha: ____/____/____

ACICME®
Asociación Científica Colombiana
de Medicina Estética

Propietaria del Fondo Solidario
Asociación Colombiana de Medicina Estética

**MAURICIO
HERRERA**
Consultoría Legal

Administradora del Fondo
Mauricio Herrera — Consultoría Legal