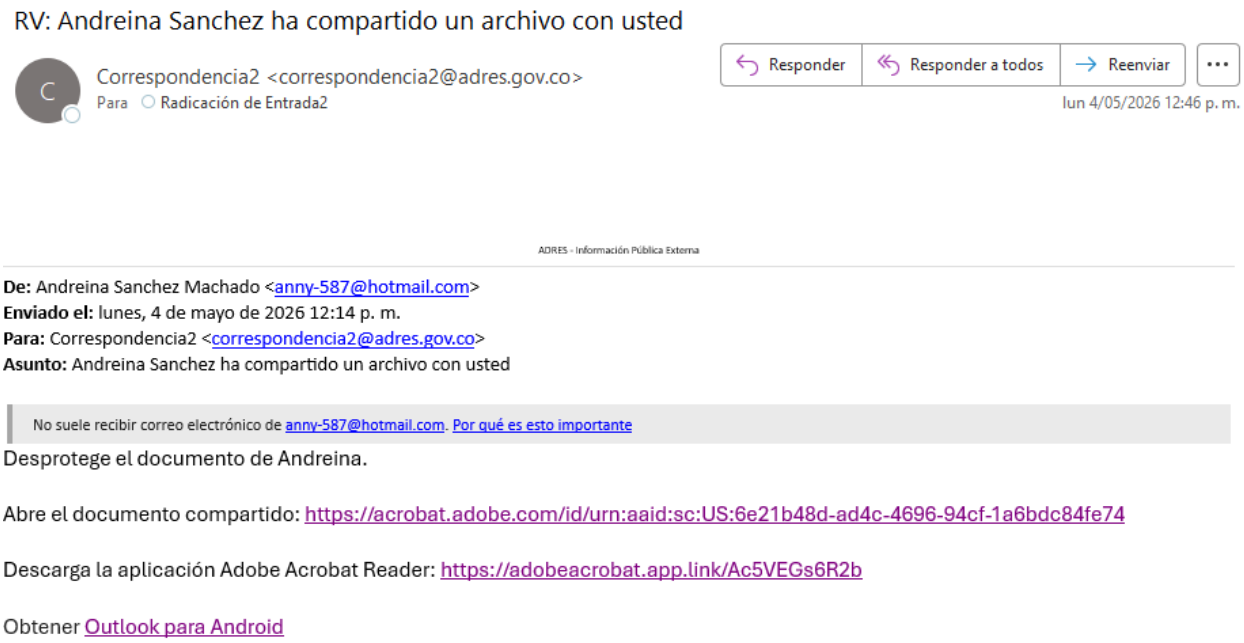
Bogotá D.C.,

Señora
**ANDREINA SANCHEZ MACHADO**
anny-587@hotmail.com

**Asunto**: Solicitud de aclaración petición oscura radicada bajo el No. **20266302508652.**

Respetada señora Andreina:

En atención al tema del asunto, me permito comunicarle que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES recibió su requerimiento radicado bajo el número 20266302508652, por medio del cual se allega:



RV: Andreina Sanchez ha compartido un archivo con usted

C Correspondencia2 <correspondencia2@adres.gov.co>
Para Radicación de Entrada2

Responder | Responder a todos | Reenviar | ...
lun 4/05/2026 12:46 p. m.

ADRES - Información Pública Externa

**De:** Andreina Sanchez Machado <anny-587@hotmail.com>
**Enviado el:** lunes, 4 de mayo de 2026 12:14 p. m.
**Para:** Correspondencia2 <correspondencia2@adres.gov.co>
**Asunto:** Andreina Sanchez ha compartido un archivo con usted

No suele recibir correo electrónico de anny-587@hotmail.com. Por qué es esto importante

Desprotege el documento de Andreina.

Abre el documento compartido: https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:US:6e21b48d-ad4c-4696-94cf-1a6bdc84fe74

Descarga la aplicación Adobe Acrobat Reader: https://adobeacrobat.app.link/Ac5VEGs6R2b

Obtener Outlook para Android

| Profamilia | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROPIOS | **CÓDIGO:** FO-GS-CE-073 |
|---|---|---|
| | | **VIGENCIA:** 30/ENE/2024 |
| | | **VERSIÓN:** 7 |

**1. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE**

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:**_____
**NUMERO DE DOCUMENTO:**_____ **EDAD:**_____.

**2. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO**

Desvitrificación: Proceso que pretende por medio de una técnica de descongelación restablecer la vitalidad y funcionalidad de células vitrificadas. Transferencia Embrionaria: es una técnica por la que se depositan los embriones en el fondo del útero de la mujer utilizando un catéter fino, que se introduce por la vagina y llega hasta el útero atravesando el cérvix. Generalmente se hace de forma ecoguiada, es decir, utilizando un ecógrafo para colocar los embriones en el lugar adecuado.

**3. BENEFICIOS**

- Lograr el embarazo.

**4. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

En la descongelación de embriones los riesgos asociados son:

- No sobrevida de los embriones al proceso de desvitrificación
- Baja viabilidad de los embriones en el momento de la desvitrificación
- Mala calidad embrionaria.
- No transferencia embrionaria

Durante la transferencia los riesgos existentes son:

- Dificultades en la canalización de orificio cervical
- Pobre visualización ecográfica de la cavidad endometrial
- Transferencia embrionaria difícil lo cual podría requerir cambio de catéter o aplazamiento del procedimiento.
- Embriones retenidos en el catéter de transferencia

En caso de darse el embarazo con antecedente de tres cesáreas previas los riesgos potenciales a presentar son: Acretismo placentario, ruptura uterina espontanea, hemorragia uterina que lleve a histerectomía óbito fetal, placenta previa, embarazo ectópico en histerorrafia y muerte materna; en el neonato riesgo de prematurez extrema.

**5. RIESGOS ADICIONALES POR LA CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

Con base en sus condiciones de salud y antecedentes, adicionalmente usted podrá está expuesto(a) a los siguientes riesgos:_____

**6. ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS**

No existe alternativa terapéutica.

**7. RESULTADOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR DURANTE LA RECUPERACIÓN**

_____

**8. RESULTADOS POSIBLES DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO Y/O TRATAMIENTO**

_____

| Profamilia | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROPIOS | **CÓDIGO:** FO-GS-CE-073 |
|---|---|---|
| | | **VIGENCIA:** 30/ENE/2024 |
| | | **VERSIÓN:** 7 |

**9. CONSENTIMIENTO**

Ciudad:_____ Fecha: (DD/MM/AAAA) _____.

1. Yo _____ con C.C. _____ y pareja Numar Iván Palmeros Montejo con C.C. 1090396211 declaro (declaramos) haber leído y comprendido el folleto informativo que me ha sido entregado, y en consecuencia, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento a Profamilia, para que por intermedio del médico(a) en ejercicio legal de su profesión, así como del resto de integrantes del Programa de Reproducción Humana Asistida de esta Institución, practiquen en mí la descongelación y transferencia de embriones propios, los cuales obtuve en un tratamiento previo de Fertilización In Vitro o ICSI, que actualmente se encuentran depositados en el Banco de embriones de la institución y que ahora deseo utilizar.

2. Declaro (Declaramos) haber leído y comprendido el folleto informativo sobre este tipo de procedimiento, denominado "PASO A PASO PARA LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES DESCONGELADOS", haber recibido información por parte del(a) *médico(a) tratante y haber tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas con relación al tratamiento.* Por lo tanto, entiendo que el procedimiento de descongelación y transferencia de embriones propios comporta una obligación de medio, más no de resultado por parte de Profamilia, y de su equipo en salud, razón ésta por la cual comprendo que no se pueda garantizar lograr un embarazo, que el producto de la gestación esté exento de alteraciones, o que dicho embarazo llegue a término de manera exitosa.

3. Declaro (Declaramos) haber sido advertida (advertidos) sobre los posibles riesgos y complicaciones imprevisibles e inherentes al tratamiento y que por lo mismo, son ajenos a la técnica médico asistencial utilizada durante el proceso, especialmente, pero no limitado a los relacionados con la preparación endometrial con medicamentos y a la transferencia de embriones, la posibilidad de embarazo múltiple y sus consecuencias, sobre la posibilidad de que aproximadamente un 4% de los(as) niños(as) nacidos(as) por concepción natural pueden tener defectos físicos y/o mentales, circunstancia que también se puede presentar en tratamientos de reproducción asistida, así como que aproximadamente un 20% de los embarazos se abortan espontáneamente y que esto también puede ocurrir en los embarazos productos de una descongelación y transferencia de embriones, igualmente, fui advertida del riesgo de complicaciones inherentes al embarazo tanto para la mujer gestante como para el producto de la gestación.

4. Entiendo (entendemos) que el procedimiento de DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROPIOS, comporta una obligación de medio y no de resultado, por lo tanto, libero de toda responsabilidad al equipo profesional y a PROFAMILIA, sobre los resultados que se desprendan de este procedimiento, así mismo, cuando ocurran circunstancias constitutivas de caso fortuito o fuerza mayor, que impidan completar el proceso TRANSFERENCIA.

5. Se me (nos) ha informado que tengo derecho a suspender el tratamiento en cualquiera de sus etapas, si así lo decido y acepto que reiniciar el tratamiento implica pagar el costo total del nuevo proceso.

6. Profamilia queda autorizada para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los enunciados en este consentimiento, si en el curso de la intervención o del procedimiento se llegara a presentar una situación inadvertida o imprevista. Asumo sin restricción alguna, la plena responsabilidad por todos los gastos que de acuerdo con las tarifas de Profamilia implique la práctica de la intervención autorizada, así como cualquier otro gasto incluidos los de cirugía, hospitalización, medicamentos, exámenes de apoyo diagnóstico y demás que se ocasionen dentro o fuera de Profamilia si llega a presentarse una situación imprevista.

7. Declaro (Declaramos) haber tenido oportunidad de formular interrogantes o dudas, y haber obtenido respuestas claras y adecuadas para mi capacidad de entendimiento o grado cultural y educativo.

8. Se me (nos) ha explicado los potenciales riesgos en caso de darse el embarazo con antecedente de tres cesáreas previas los cuales son: Acretismo placentario, ruptura uterina espontanea, hemorragia uterina que lleve a histerectomía y óbito fetal secundario al procedimiento, placenta previa, embarazo ectópico en histerorrafia y muerte materna; en el neonato riesgo de prematurez extrema.

| Profamilia | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROPIOS | CÓDIGO: FO-GS-CE-073 |
|---|---|---|
| | | VIGENCIA: 30/ENE/2024 |
| | | VERSIÓN: 7 |

9. Hemos recibido amplias y satisfactorias explicaciones sobre el procedimiento anteriormente señalado, sus implicaciones y riesgos, que hemos leído y comprendido plenamente el folleto informativo "PASO A PASO PARA LA TRANSFERENCIA DE EMBRIONES DESCONGELADOS" y que nos ha sido aclaradas las dudas que hemos expresado, suscribimos conjuntamente este documento.

10. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados, previa evaluación de mi estado de salud por parte del profesional(es) del Programa de Reproducción Asistida PROFAMILIA-FÉRTIL y previa advertencia que el profesional tratante me ha hecho con respecto a riesgos y consecuencias que se deriven de mi tratamiento.

*Autorizo el tratamiento y uso de mis datos clínicos con fines de investigación científica, que permitirá avances y mejoras en la calidad de la atención en salud. En todos los casos, Profamilia preservará la confidencialidad y el anonimato de mis datos personales, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012. SI _____ NO_____.*

**MANIFIESTO QUE HE LEÍDO EN SU INTEGRIDAD EL PRESENTE DOCUMENTO Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PRECEDENTES HAN SIDO DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA.**

| | |
|---|---|
| **Nombre completo del paciente** | **Firma y D.I o C.C:** |
| Numax Iván Balmaceda Montejo<br>**Nombre completo de la pareja** | **Firma y D.I o C.C:** 1.090.396.211 |
| **Nombre del profesional de salud** | **Firma y D.I o C.C:** |

**10. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____con CC _____, libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en la fecha_____ y manifiesto expresamente mi deseo no continuar con la intervención, procedimiento y/o tratamiento médico. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole a la institución de salud y profesional sanitario que me atiende.

| | |
|---|---|
| **Nombre completo del paciente** | **Firma y D.I o C.C:** |

**SI EL PROFESIONAL DE SALUD LO CONSIDERA PERTINENTE, PUEDE REALIZAR EN ESTE ESPACIO LA EXPLICACIÓN GRÁFICA**

Al respecto, le informo que a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, solo le compete emitir el concepto de capacidad económica de las parejas aspirantes al tratamiento asistido de fertilización In Vitro. Resultado de lo ello, la Entidad emitió el Concepto de Capacidad Económica No. 191 de 2025 de la señora ANDREINA SÁNCHEZ MACHADO, el cual le fue notificado el 4 de febrero de 2026 a la dirección de correo electrónico anny-587@hotmail.com.

Ahora bien, revisados los anexos que Usted remite, se evidencia un *"Consentimiento informado para descongelación y transferencia de embriones propios"*, en el cual no se observa petición alguna dirigida a la ADRES.

En este sentido, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 *"Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo"*, se le informa que no se comprende la finalidad u objeto de la petición presentada. En consecuencia, se requiere que en el término de diez (10) días hábiles siguientes al recibido de la presente comunicación corrija o aclare la solicitud presentada.

Finalmente es importante tener en cuenta que, de no presentar la corrección o aclaración requerida, la misma se entenderá archivada tal como lo establece el artículo citado.

Sin otro particular.

Atentamente,

PARRA OVIEDO MARCOS JAHER
Firmado digitalmente por PARRA OVIEDO MARCOS JAHER

**MARCOS JAHER PARRA OVIEDO**
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES

Elaboró: Allison Trujillo Ferraro – Abogada Contratista Oficina Asesora Jurídica.