


CONTESTACION A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA // RAD: 2020-00029 // DDTE: MERCEDES CABEZAS Y OTROS VS DDO: HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ // LLAMADO EN GARANTIA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA //

GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>

Mar 1/06/2021 8:46 AM

Para: Juzgado 01 Administrativo - Putumayo - Mocoa <j01admmoc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: abogadosyderechos <abogadosyderechos@gmail.com>; ojuridicaext <ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co>; GHA BRYAN FERNANDO RAMÍREZ MANJARRÉS <bramirez@gha.com.co>; H & A Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (3 MB)

02. Anexos.pdf; 01. Contestacion MERCEDES CABEZAS .pdf;

Señores

JUZGADO PRIMERO (01) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MOCOA.

E. S. D.

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 86001-33-31-001-2020-00029-00
DEMANDANTES: MERCEDES CABEZAS MURCIA Y OTRO.
DEMANDADO: E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.
LLAMADO EN GARANTÍA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, conforme al poder que se aporta a este escrito, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto comedidamente que procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por MERCEDES CABEZAS MURCIA y otro., contra el ESE Hospital José María Hernández, y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** realizado por ESE Hospital José María Hernández a la Aseguradora que represento, manifestando desde este momento que me opongo tanto a las pretensiones de la demanda como del llamamiento en garantía, de acuerdo con los documentos que se adjuntan a continuación:

1. Escrito contestación a la Demanda y al Llamamiento en garantía
2. Anexos

Nota: De acuerdo con el Decreto 806 de 2020 se copia a los apoderados de las partes para lo de su cargo.

Cordialmente,

Gustavo Alberto Herrera Ávila

Señores

JUZGADO PRIMERO (01) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MOCOA.

E. S. D.

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 86001-33-31-001-2020-00029-00
DEMANDANTES: MERCEDES CABEZAS MURCIA Y OTRO.
DEMANDADO: E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.
LLAMADO EN GARANTÍA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, conforme al poder que se aporta a este escrito, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, cometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio en Bogotá D.C., con NIT. 860.524.654.6, como se acredita en el certificado de existencia y representación legal que se aporta, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto comedidamente que procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por MERCEDES CABEZAS MURCIA y otro contra del ESE Hospital José María Hernández, y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** realizado por ESE Hospital José María Hernández a la Aseguradora que represento, manifestando desde este momento que me opongo tanto a las pretensiones de la demanda como del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPITULO I

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho PRIMERO: No me consta que la señora MERCEDES CABEZAS MURCIA conviva con FABIÁN ALEXIS, MARLY YULIANA y KAREN DAYANA. Aún así, este hecho no tiene ninguna relevancia para el litigio, por cuanto los mencionados supuestos hijos no son

Demandantes ni le asiste ninguna pretensión dentro del curso del proceso.

Frente al hecho SEGUNDO: No me consta que exista una relación sentimental ni una unión marital de hecho entre los señores MERCEDES CABEZAS y ANÍBAL MANOLO LÓPEZ, pues no acreditan esta situación con ningún medio de prueba. Tampoco me consta que los Demandantes hayan procreado 3 hijos, ni la calidad de los mismos. Por tanto, se atenderá al contenido íntegro de los registros civiles de nacimiento aportados con el libelo de la demanda. Pese a lo anterior, y sin perjuicio del evidente desconocimiento de mi procurada de lo allí narrado, debe resaltarse que una vez verificados todos los anexos que obran dentro del plenario, no se logra acreditar la supuesta unión marital de hecho existente entre la señora MERCEDES CABEZAS y el señor ANÍBAL MANOLO LÓPEZ. En virtud de ello, es necesario aclarar que según la Ley 979 del 26 de julio de 2005 *“Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 54 de 1990 y se establecen unos mecanismos ágiles para demostrar la unión marital de hecho y sus efectos patrimoniales entre compañeros permanentes”*. La existencia de la unión marital de hecho entre compañeros permanentes se declarará por cualquiera de los siguientes mecanismos: **i)** Escritura pública ante Notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes, **ii)** Acta de conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centros legalmente constituidos y **iii)** Sentencia judicial, mediante los medios ordinarios de prueba previstos en el Código General del Proceso, con conocimiento de los Jueces de Familia de Primera Instancia. De ahí que la parte Demandante deberá acreditar alguno de los mecanismos, a fin de poder soportar la unión marital de hecho que predica en este hecho.

En este sentido, tomando en consideración que no existe elemento demostrativo que acredite la supuesta unión marital de hecho entre la señora MERCEDES CABEZAS y el señor ANÍBAL MANOLO LÓPEZ es de suma importancia que, desde esta etapa procesal, el honorable Juez desestime todas las pretensiones en las cuales se solicite indemnización alguna para el mencionado Demandante, esto es, para Aníbal López. Así las cosas, el señor Aníbal López no está legitimada en la causa por activa en el presente asunto. Entiéndase por aquella figura la relación jurídica sustancial objeto del proceso, de manera que es propia del debate procesal, pues se relaciona con el derecho que se pretende, es decir por la formulación de pretensiones. En consecuencia, el señor Aníbal López no tiene la calidad para pretender ninguna indemnización respecto de los hechos que versan sobre el presente litigio.

Frente al hecho TERCERO: No me constan la conformación del núcleo familiar de los Demandantes ni la relación dentro del mismo, pues se trata una aseveración exclusivamente subjetiva que no se acredita con ningún medio de prueba, por tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

Frente al hecho CUARTO: No me consta que la señora MERCEDES CABEZAS y el señor

ANÍBAL hayan engendrado en tal fecha a la menor RAFAELA VALENTINA.

Sin embargo, deberá tomarse como una confesión lo dicho por la Demandante al señalar que de manera voluntaria solicitaron al médico tratante que le fuera practicada la intervención quirúrgica de POMEROY o LIGADURA DE TROMPAS. Que tal como consta en la Historia Clínica se practicó con total diligencia y pericia por parte de los galenos el Hospital JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.

AMNIOTICO CLARO.
22:00HORAS GINECOLOGO EXTRAE A RECIEN NACIDO DE SEXO FEMENINO EN PRESENTACION PODALICO. SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDON, DEPRIMIDO, GINECOLOGO REALIZA LIMPIEZA DE VIAS AEREAS BOCA - NARIZ, HACE PINZAMIENTO DE CORDON UMBILICAL, SE TOMA MUESTRAS PARA HEMOCLASIFICACION, TSH, SE PASA RN DE INMEDIATO A LAMPARA DE CALOR RADIANTE, LA RECIBE LA PEDIATRA DRA KATIUSKA SE SECA CON COMPRESA TIBIA, RN CIANOTICO, FLACIDO, DRA DA VENTILACION PRESION POSITIVA Y ESTIMULACION TACTIL, RN PRESENTA LLANTO FUERTE, DRA ASPIRA SECRECIONES POR BOCA Y NARIZ CON Sonda NELTON #8.0, SE ABRIGA, SE LIGA CORDON UMBILICAL, SE HACE PROFILAXIS DE MUÑON CON ALCOHOL BLANCO, PROFILAXIS OCULAR CON SULFACETAMIDA UNA GOTTA EN CADA OJO, SE ADMINISTRA 1MG DE VITAMINA K, IM. SE TOMAN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PC:36CM PT:36CM PA:31CM TALLA:51CM PESO:4120GRAMOS, SE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACION, APGAR: 4-7-9, PEDIATRA KATIUSKA ORDENA DEJAR CON OXIGENO A 10LX POR 45MINUTOS. DR DUARTE ADMINISTRA 10 U OXITOCINA I.V, GINECOLOGO CONTINUA CON PROCEDIMIENTO, REALIZA ALUMBRAMIENTO MANUAL PLACENTA COMPLETA, REFIERE INMADUREZ PLACENTARIA, REvisa CAVIDAD, REALIZA HISTERORRAFIA CON CROMADO, REvisa CAVIDAD Y PROCEDE A REALIZAR POMEROY, UBICA TROMPAS DE FALOPIO IZQUIERDO Y DERECHA LAS PINZA, LIGA, CORTA, CAUTERIZA Y EXTRAE TROMPAS DE FALOPIO DERECHA E IZQUIERDA, NO SE TOMA MUESTRA PARA PATOLOGIA, DR PROCEDE A CIERRE DE CAVIDAD POR PLANOS ANATOMICOS FASCIA CON VICRYL, DR LAVA CON AGUA OXIGENADA LIMPIA CON COMPRESA, RECuento DE MATERIAL BLANCO: 15 COMPRESAS COMPLETAS INFORMA INSTRUMENTADORA NEIDA GOMEZ AL GRUPO QUIRURGICO, SUTURA TEJIDOS POR CAMPOS ANATOMICOS CON VICRYL Y PIEL CON PROLENE 3.0, DEJA HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON MICROPORE + APOSITO COMPRESIVO.
22:55HORAS TERMINA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIN COMPLICACIONES. SIGNOS VITALES: TA:112/73MMHG FC:90LX SPO2:100%
23:10HORAS SE PASA USUARIA A SALA DE RECUPERACION EN CAMILLA BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, CON LEN EN M.S.D. PASANDO SSN09% + TRAMAL 50MG, DIPIRONA 2.5GR, PLASIL 10MG, ELIMINA POR Sonda VESICAL 300CC ORINA AMARILLA CLARA, PTE CON SV:TA:125/88MMHG SPO2:98% FC:88X, CON SU RN DE SEXO FEMENINO ESTABLE.
Fecha: 2014-06-25 Hora: 23:26:10 Profesional: SANDRA PATRICIA MUCHAVISOY Modulo: Observacion e Internacion
Nota

Transcripción aparte esencial: (...) Revisa cavidad, realiza histerorrafia con cromado, revisa cavidad y procede a realizar POMEROY, ubica trompas de Falopio izquierdo y derecha, las pinza, liga y corta, cauteriza y extrae trompas de Falopio derecha e izquierda, no se toma muestra para patología, Dr. procede a cierre de cavidad por planos anatómicos (...)

Así entonces, es claro que además de la confesión realizada por la parte Demandante al señalar que voluntariamente se sometió al procedimiento de POMEROY o ligadura de trompas, también es cierto que dicho procedimiento se realizó con total diligencia y profesionalismo, tal como consta en la Historia Clínica de la paciente.

Frente al hecho QUINTO: No me consta. Sin embargo, tal como quedó plasmado en la Historia Clínica de la paciente, el procedimiento de cesárea más POMEROY o ligadura de trompas se practicó con total diligencia y pericia por parte de los galenos el Hospital JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.

AMNIOTICO CLARO.
22:00HORAS GINECOLOGO EXTRAEE A RECIEN NACIDO DE SEXO FEMENINO EN PRESENTACION PODALICO. SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDON, DEPRIMIDO, GINECOLOGO REALIZA LIMPIEZA DE VIAS AEREAS BOCA - NARIZ. HACE PINZAMIENTO DE CORDON UMBILICAL, SE TOMA MUESTRAS PARA HEMOCLASIFICACION, TSH, SE PASA RN DE INMEDIATO A LAMPARA DE CALOR RADIANTE, LA RECIBE LA PEDIATRA DRA KATIUSKA SE SECA CON COMPRESA TIBIA, RN CIANOTICO, FLACIDO, DRA DA VENTILACION PRESION POSITIVA Y ESTIMULACION TACTIL, RN PRESENTA LLANTO FUERTE, DRA ASPIRA SECRECIONES POR BOCA Y NARIZ CON Sonda NELTON #8.0, SE ABRIGA, SE LIGA CORDON UMBILICAL, SE HACE PROFILAXIS DE MUÑON CON ALCOHOL BLANCO, PROFILAXIS OCULAR CON SULFACETAMIDA UNA GOTA EN CADA OJO, SE ADMINISTRA 1MG DE VITAMINA K, IM. SE TOMAN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PC:38CM PT:36CM PA:31CM TALLA:51CM PESO:4120GRAMOS, SE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACION, APGAR:4-7-9, PEDIATRA KATIUSKA ORDENA DEJAR CON OXIGENO A 10LX POR 45MINUTOS. DR DUARTE ADMINISTRA 10 U OXITOCINA I.V. GINECOLOGO CONTINUA CON PROCEDIMIENTO, REALIZA ALUMBRAMIENTO MANUAL PLACENTA COMPLETA, REFIERE INMADUREZ PLACENTRIA, REvisa CAVIDAD, REALIZA HISTERORRAFIA CON CROMADO,REvisa CAVIDAD Y PROCEDE A REALIZAR POMEROY, UBICA TROMPAS DE FALOPIOS IZQUIERDO Y DERECHA LAS PINZA, LIGA, CORTA, CAUTERIZA Y EXTRAEE TROMPAS DE FALOPIO DERECHA E IZQUIERDA, NO SE TOMA MUESTRA PARA PATOLOGIA, DR PROCEDE A CIERRE DE CAVIDAD POR PLANOS ANATOMICOS FASCIA CON VICRYL, DR LAVA CON AGUA OXIGENADA LIMPIA CON COMPRESA, RECUENTO DE MATERIAL BLANCO: 15 COMPRESAS COMPLETAS INFORMA INSTRUMENTADORA NEIDA GOMEZ AL GRUPO QUIRURGICO, SUTURA TEJIDOS POR CAMPOS ANATOMICOS CON VICRYL Y PIEL CON PROLENE 3.0, DEJA HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON MICROPORE + APOSITO COMPRESIVO.
22:59HORAS TERMINA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIN COMPLICACIONES. SIGNOS VITALES: TA:112/73MMHG FC:90LX SPO2:100%
23:10HORAS SE PASA USUARIA A SALA DE RECUPERACION EN CAMILLA BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, CON LEEN EN M.S.D. PASANDO SSN09% + TRAMAL 50MG, DIPIRONA 2.5GR, PLASIL 10MG, ELIMINA POR Sonda VESICAL 300CC ORINA AMARILLA CLARA, PTE CON SV:TA:125/68MMHG SPO2:96% FC:88X. CON SU RN DE SEXO FEMENINO ESTABLE.
Fecha: 2014-06-25 Hora: 23:26:10 Profesional: SANDRA PATRICIA MUCHAVISIOY Modulo: Observacion e Internacion
Nota

Transcripción aparte esencial: (...) Ginecólogo extrae recién nacido de sexo femenino en presentación podálico (...) Presenta llanto fuerte, Dra. aspira secreciones por boca y nariz con sonda nelton, se abriga, se liga cordón umbilical (...) Revisa cavidad, realiza histerorrafia con cromado, revisa cavidad y procede a realizar POMEROY, ubica trompas de Falopio izquierdo y derecha, las pinza, liga y corta, cauteriza y extrae trompas de Falopio derecha e izquierda, no se toma muestra para patología, Dr. procede a cierre de cavidad por planos anatómicos (...)

Así entonces, es cierto que dichos procedimientos se realizaron con total diligencia y profesionalismo, tal como consta en la Historia Clínica de la paciente.

Frente al hecho SEXTO: No me consta. Sin embargo, tal como quedó plasmado en la Historia Clínica de la paciente, es cierto que los procedimientos de cesárea más POMEROY o ligadura de trompas se practicaron con total diligencia y pericia por parte de los galenos del Hospital JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.

AMNIOTICO CLARO.
22:00HORAS GINECOLOGO EXTRAEE A RECIEN NACIDO DE SEXO FEMENINO EN PRESENTACION PODALICO. SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDON, DEPRIMIDO, GINECOLOGO REALIZA LIMPIEZA DE VIAS AEREAS BOCA - NARIZ. HACE PINZAMIENTO DE CORDON UMBILICAL, SE TOMA MUESTRAS PARA HEMOCLASIFICACION, TSH, SE PASA RN DE INMEDIATO A LAMPARA DE CALOR RADIANTE, LA RECIBE LA PEDIATRA DRA KATIUSKA SE SECA CON COMPRESA TIBIA, RN CIANOTICO, FLACIDO, DRA DA VENTILACION PRESION POSITIVA Y ESTIMULACION TACTIL, RN PRESENTA LLANTO FUERTE, DRA ASPIRA SECRECIONES POR BOCA Y NARIZ CON Sonda NELTON #8.0, SE ABRIGA, SE LIGA CORDON UMBILICAL, SE HACE PROFILAXIS DE MUÑON CON ALCOHOL BLANCO, PROFILAXIS OCULAR CON SULFACETAMIDA UNA GOTA EN CADA OJO, SE ADMINISTRA 1MG DE VITAMINA K, IM. SE TOMAN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PC:38CM PT:36CM PA:31CM TALLA:51CM PESO:4120GRAMOS, SE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACION, APGAR:4-7-9, PEDIATRA KATIUSKA ORDENA DEJAR CON OXIGENO A 10LX POR 45MINUTOS. DR DUARTE ADMINISTRA 10 U OXITOCINA I.V. GINECOLOGO CONTINUA CON PROCEDIMIENTO, REALIZA ALUMBRAMIENTO MANUAL PLACENTA COMPLETA, REFIERE INMADUREZ PLACENTRIA, REvisa CAVIDAD, REALIZA HISTERORRAFIA CON CROMADO,REvisa CAVIDAD Y PROCEDE A REALIZAR POMEROY, UBICA TROMPAS DE FALOPIOS IZQUIERDO Y DERECHA LAS PINZA, LIGA, CORTA, CAUTERIZA Y EXTRAEE TROMPAS DE FALOPIO DERECHA E IZQUIERDA, NO SE TOMA MUESTRA PARA PATOLOGIA, DR PROCEDE A CIERRE DE CAVIDAD POR PLANOS ANATOMICOS FASCIA CON VICRYL, DR LAVA CON AGUA OXIGENADA LIMPIA CON COMPRESA, RECUENTO DE MATERIAL BLANCO: 15 COMPRESAS COMPLETAS INFORMA INSTRUMENTADORA NEIDA GOMEZ AL GRUPO QUIRURGICO, SUTURA TEJIDOS POR CAMPOS ANATOMICOS CON VICRYL Y PIEL CON PROLENE 3.0, DEJA HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON MICROPORE + APOSITO COMPRESIVO.
22:59HORAS TERMINA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIN COMPLICACIONES. SIGNOS VITALES: TA:112/73MMHG FC:90LX SPO2:100%
23:10HORAS SE PASA USUARIA A SALA DE RECUPERACION EN CAMILLA BAJO EFECTOS DE ANESTESIA, CON LEEN EN M.S.D. PASANDO SSN09% + TRAMAL 50MG, DIPIRONA 2.5GR, PLASIL 10MG, ELIMINA POR Sonda VESICAL 300CC ORINA AMARILLA CLARA, PTE CON SV:TA:125/68MMHG SPO2:96% FC:88X. CON SU RN DE SEXO FEMENINO ESTABLE.
Fecha: 2014-06-25 Hora: 23:26:10 Profesional: SANDRA PATRICIA MUCHAVISIOY Modulo: Observacion e Internacion
Nota


Transcripción aparte esencial: (...) Ginecólogo extrae recién nacido de sexo femenino en presentación podálico (...) Presenta llanto fuerte, Dra. aspira

secreciones por boca y nariz con sonda nelton, se abriga, se liga cordón umbilical (...) Revisa cavidad, realiza histerorrafia con cromado, revisa cavidad y procede a realizar POMEROY, ubica trompas de Falopio izquierdo y derecha, las pinza, liga y corta, cauteriza y extrae trompas de Falopio derecha e izquierda, no se toma muestra para patología, Dr. procede a cierre de cavidad por planos anatómicos (...)

Así entonces, es cierto que dichos procedimientos se realizaron con total diligencia y profesionalismo, tal como consta en la Historia Clínica de la paciente.

Frente al hecho SÉPTIMO: No me consta lo referido por el Demandante, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi representada. Además, se trata de consideraciones plenamente subjetivas del extremo actor de la Litis.

A pesar de lo anterior, es deber precisar que no es cierto que nunca se le haya explicado a la ahora Demandante MERCEDES CABEZAS las consecuencias y riesgos que implícitamente conlleva la practica del procedimiento de POMEROY o ligadura de trompas. Para tal efecto, debe tomarse en cuenta que en la historia Clínica de la Demandante reposa el consentimiento informado que suscribió para este fin:



DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ
MOCOA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LIGADURA DE TROMPAS

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Artículos 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo cual solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco:

La paciente: MERCEDES CABEZAS MUÑOZ de 30 años
C.C. No. 30 80 5386 de FLORIANEZA
Y/o el señor/señora _____ de _____
C.C. No. _____ de _____
En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor _____ identificado con C.C. No. _____ de _____, me ha suministrado la siguiente información sobre LIGADURA DE TROMPAS

- La intervención de ligaduras de trompas consiste básicamente en la oclusión de la continuidad de las Trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.
- Puede ser realizada por vía abdominal (laparotomía o minilaparotomía), por laparoscopia o inusual por vía vaginal. Además, puede ser realizada asociada o no a otro tipo de cirugía obstetrico-ginecológica, la más frecuente acompañando a una cesárea.
- En mi caso concreto se realizará por _____
- Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0,5 - 1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.
- Existen otros métodos de planificación familiar condón, hormonales, dispositivos intrauterino
- Esta técnica requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
- Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivada del acto quirúrgico de la anestesia o por la situación vital de cada paciente, tales como: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por por mi situación actual de _____ entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
- En este tipo de cirugías pueden aparecer, principalmente las siguientes complicaciones:
 - ✓ Intraoperatoria: hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos.
 - ✓ Posoperatorias: hematomas superficiales sobre la cicatriz o intraabdominales en la pelvis, infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias postquirúrgicas con dolor pélvico crónico, oventración (abertura de pares abdominal).

9. Si en el momento del acto quirúrgico sugiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

Escriba SI o NO en el espacio en blanco

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo _____

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto _____

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

En tales condiciones, y con conocimiento de que el artículo 42 de la Constitución Política Nacional establece que la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos.

En tales condiciones.

ACEPTO

Que se me realice LA LIGADURA DE TROMPAS

Firma Paciente: [Firma]

Firma Testigo: _____


Firma médico: [Firma]

Ciudad y fecha: _____

TRANSCRIPCIÓN DEL APARTE ESENCIAL: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS (...) La paciente: Mercedes Cabezas Murcia de 33 años C.C. No. 30505388 de Florencia (...) **DECLARAN: (...) 4. Aún siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0,5 . 1% de fallo en los que se produce un nuevo embarazo. (...)**
(Subrayado y negrillas agregados)

En tal virtud, es claro como el documento de consentimiento informado, suscrito por la señora MERCEDES CABEZAS, contiene una explicación detallada y expresa de los riesgos del mismo. Si bien contiene algunos espacios en blanco y sin diligenciar, esto no afectó la explicación de los riesgos del procedimiento ni de un nuevo embarazo. Pues claramente se advierte en el numeral cuatro “4” del texto que la ligadura de trompas a pesar de ser el procedimiento más efectivo de los métodos de planificación familiar, incluye un margen de falla entre 1% y 0.5% en los que se produce un nuevo embarazo. Lo que constituye un riesgo inherente al tratamiento anticonceptivo.

Frente al hecho OCTAVO: No es cierto. Pues tal como se puede observar en la historia clínica, al final del documento de “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS” la paciente MERCEDES CABEZAS suscribió y aceptó que se le practicara la ligadura de trompas, lo que implica que se informó y estuvo de acuerdo con el contenido del documento.



DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ
MOCCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LIGADURA DE TROMPAS

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que se le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Artículos 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo cual solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco:

La paciente: Mercedes Cabezas Murcia de 33 años
C.C. No. 30 50 5388 de Florencia
Y/o el señor/señora _____ de _____
C.C. No. _____ de _____
En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor _____ identificado con C.C. No. _____ de _____, me ha suministrado la siguiente información sobre LIGADURA DE TROMPAS

- La intervención de ligaduras de trompas consiste básicamente en la oclusión de la continuidad de las Trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.
- Puede ser realizada por vía abdominal (laparotomía o minilaparotomía), por laparoscopia o inusual por vía vaginal. Además, puede ser realizada asociada o no a otro tipo de cirugía obstetrico-ginecológica, la más frecuente acompañando a una cesárea.
- En mi caso concreto se realizará por _____
- Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0,5 - 1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.
- Existen otros métodos de planificación familiar condón, hormonales, dispositivos intrauterino
- Esta técnica requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
- Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivada del acto quirúrgico de la anestesia o por la situación vital de cada paciente, tales como: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por por mi situación actual de _____ entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
- En este tipo de cirugías pueden aparecer, principalmente las siguientes complicaciones:
 - ✓ Intraoperatoria: hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos.
 - ✓ Posoperatorias: hematomas superficiales sobre la cicatriz o intraabdominales en la pelvis, infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias postquirúrgicas con dolor pélvico crónico, oventración (abertura de pares abdominal).

9. Si en el momento del acto quirúrgico sugiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

Escriba SI o NO en el espacio en blanco

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo _____

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto _____

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

En tales condiciones, y con conocimiento de que el artículo 42 de la Constitución Política Nacional establece que la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos.

En tales condiciones.

ACEPTO

Que se me realice LA LIGADURA DE TROMPAS

Firma Paciente: [Firma]

Firma Testigo: _____

Firma médico: [Firma]

Ciudad y fecha: _____

TRANSCRIPCIÓN DEL APARTE ESENCIAL: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS (...) La paciente: Mercedes Cabezas Murcia de 33 años C.C. No. 30505388 de Florencia (...) DECLARAN: (...) **4. Aún siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0,5 . 1% de fallo en los que se produce un nuevo embarazo.** (...) **ACEPTO** Que se me realice LA LIGADURA DE TROMPAS (...) (Subrayado y negrillas agregados)

En tal virtud, es claro como el documento de consentimiento informado suscrito por la señora MERCEDES CABEZAS, contiene una explicación detallada y expresa de los riesgos del mismo. Si bien contiene algunos espacios en blanco y sin diligenciar, esto no afectó la explicación de los riesgos del procedimiento ni de un nuevo embarazo. Pues claramente se advierte en el numeral cuatro “4” del texto que la ligadura de trompas a pesar de ser el procedimiento más efectivo de los métodos de planificación familiar, incluye un margen de falla entre 1% y 0.5% en los que se produce un nuevo embarazo. Lo que constituye un riesgo inherente al tratamiento anticonceptivo.

Frente al hecho NOVENO: No le consta a mi representada el hecho expuesto por la parte Demandante, por ser completamente ajeno a ella. Por este motivo, solicito que la parte Actora pruebe su dicho, a través de los medios probatorios conducentes, pertinentes y útiles.

Frente al hecho DÉCIMO: No me consta lo referido por el Demandante, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi representada. Además, se trata de consideraciones plenamente subjetivas del extremo actor de la litis.

A pesar de lo anterior, es deber precisar que no es cierto que nunca se le haya explicado a la ahora Demandante MERCEDES CABEZAS las consecuencias y riesgos que implícitamente conlleva la práctica del procedimiento de POMEROY o ligadura de trompas. Para tal efecto, debe tomarse en cuenta que en la historia Clínica de la Demandante reposa el consentimiento informado que suscribió para este fin:

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ
MOCOA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LIGADURA DE TROMPAS**

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Artículos 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo cual solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco:

La paciente: Mercedes Cabezas Murcia de 33 años
C.C. No. 30505388 de Florencia
Y/o el señor/señora _____
C.C. No. _____ de _____
En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor _____ identificado con C.C. No. _____ de _____ Ginecólogo y Obstetra con R.M. No. _____, me ha suministrado la siguiente información sobre LA LIGADURA DE TROMPAS

1. La intervención de ligaduras de trompas consiste básicamente en la oclusión de la continuidad de las Trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.
2. Puede ser realizada por vía abdominal (laparotomía o minilaparotomía), por laparoscopia o inusual por vía vaginal. Además, puede ser realizada asociada o no a otro tipo de cirugía obstetrico-ginecológica, la más frecuente acompañando a una cesárea.
3. En mi caso concreto se realizará por _____
4. Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0,5 - 1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.
5. Existen otros métodos de planificación familiar: condón, hormonales, dispositivos intrauterino
6. Esta técnica requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
7. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivada del acto quirúrgico de la anestesia o por la situación vital de cada paciente, tales como: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por por mi situación actual de _____ entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
8. En este tipo de cirugías pueden aparecer, principalmente las siguientes complicaciones:
 - ✓ Intraoperatoria: hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos.
 - ✓ Posoperatorias: hematomas superficiales sobre la cicatriz o intraabdominales en la pelvis, infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias postquirúrgicas con dolor pélvico crónico, oventración (abertura de pares abdominal).

9. Si en el momento del acto quirúrgico sugiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

Escriba SI o NO en el espacio en blanco

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo _____

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto _____

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

En tales condiciones, y con conocimiento de que el artículo 42 de la Constitución Política Nacional establece que la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos.

En tales condiciones.

ACEPTO

Que se me realice LA LIGADURA DE TROMPAS

Firma Paciente: _____

Firma Testigo _____

Firma médico _____

Ciudad y fecha _____

TRANSCRIPCIÓN DEL APARTE ESENCIAL: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS (...) La paciente: Mercedes Cabezas Murcia de 33 años C.C. No. 30505388 de Florencia (...) **DECLARAN: (...)** **4. Aún siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0,5 - 1% de fallo en los que se produce un nuevo embarazo. (...)** (Subrayado y negrillas agregados)

En tal virtud, es claro como el documento de consentimiento informado suscrito por la señora MERCEDES CABEZAS, contiene una explicación detallada y expresa de los riesgos del mismo. Si bien contiene algunos espacios en blanco y sin diligenciar, esto no afectó la explicación de los riesgos del procedimiento ni de un nuevo embarazo. Pues claramente se advierte en el numeral cuatro "4" del texto que la ligadura de trompas a pesar de ser el procedimiento más efectivo de los métodos de planificación familiar, incluye un margen de falla entre 1% y 0.5% en los que se produce un nuevo embarazo. Lo que constituye un riesgo inherente al tratamiento anticonceptivo. En otras palabras, el consentimiento informado suscrito por la señora MERCEDES CABEZAS fue claro al informar que existe un riesgo entre 0.5 - 1% de que se produzca un nuevo embarazo.

Frente al hecho DÉCIMO PRIMERO: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi poderdante. A pesar de lo anterior, se

debe indicar que la supuesta concepción fue producto del margen de falla inherente al método anticonceptivo de ligadura de trompas o Pomeroy, tal como se advirtió en el consentimiento informado. En ese mismo sentido, es de resaltar que el supuesto procedimiento de Pomeroy fue practicado en el año 2014 y no fue sino hasta el 2017 que se presentó un nuevo embarazo en la señora MERCEDES CABEZAS. Situación que nos demuestra correlativamente la eficacia del procedimiento supuestamente practicado, pues la señora CABEZAS duró más de 3 años sin quedar embarazada.

Adicionalmente, es de precisar que el caso concreto operó el fenómeno de la caducidad de la acción. Toda vez que el hecho respecto del cual se infiere la falla del servicio es la supuesta falla del método anticonceptivo del Pomeroy o ligadura de trompas. De acuerdo con las reglas de la experiencia y de la sana crítica, el momento en que se tuvo conocimiento de la falla del método anticonceptivo fue cuando los padres de la menor se enteraron del estado de embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS. Por tanto, no es correcto calcular el término de caducidad de la acción a partir del 26 de diciembre de 2017, fecha en que nació Mariangel López, pues efectivamente el método anticonceptivo no es para evitar partos sino para evitar concepciones. En ese orden de ideas, la interrupción de la caducidad de fecha 13 de enero de 2020 fue ineficaz, por cuanto la caducidad había operado mucho tiempo antes (teniendo en cuenta la fecha en que se conoció del estado de embarazo de MERCEDES CABEZAS, el cual se acreditará con precisión tras la practica de pruebas de interrogatorio de parte y exhibición de documentos), por consecuencia, la Demanda presentada en fecha del 02 de marzo de 2020 se radicó cuando ya había operado con creces la caducidad de la acción.

Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi poderdante. A pesar de lo anterior, se debe indicar que la supuesta concepción fue producto del margen de falla inherente al método anticonceptivo de ligadura de trompas o Pomeroy, tal como se advirtió en el consentimiento informado. En ese mismo sentido, es de resaltar que el supuesto procedimiento de Pomeroy fue practicado en el año 2014 y no fue sino hasta el 2017 que se presentó un nuevo embarazo en la señora MERCEDES CABEZAS. Situación que nos demuestra correlativamente la eficacia del procedimiento supuestamente practicado, pues la señora CABEZAS duró más de 3 años sin quedar embarazada.

Frente a los hechos DÉCIMO TERCERO: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi poderdante, y además se trata de consideraciones meramente subjetivas del Demandante. A pesar de lo anterior, se debe indicar que la supuesta concepción fue producto del margen de falla inherente al método anticonceptivo de ligadura de trompas o Pomeroy, tal como se advirtió en el consentimiento informado. En ese mismo sentido, es de resaltar que el supuesto procedimiento de Pomeroy fue practicado en el año 2014 y no fue sino hasta el 2017 que se presentó un nuevo embarazo en la señora

MERCEDES CABEZAS. Situación que nos demuestra correlativamente la eficacia del procedimiento supuestamente practicado, pues la señora CABEZAS duró más de 3 años sin quedar embarazada.

Frente a los hechos DÉCIMO CUARTO al DÉCIMO SEXTO: NO EXISTEN.

Frente al hecho DÉCIMO SÉPTIMO: No es un hecho. Se trata de la transcripción de una norma.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de **TODAS** las pretensiones de la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Toda vez que: **1.** No hay prueba de la falla en el servicio alegada. **2.** El procedimiento de Ligadura de trompas o POMEROY, fue practicado con suma diligencia **3.** Se cumplió a cabalidad con el deber de información previo a la práctica del procedimiento de ligadura de trompas **4.** No existe un daño, ni mucho menos uno antijurídico en este caso. **5.** Como se probará en el proceso, el medio de control de reparación directa está caducado.

Oposición frente a la pretensión “PRIMERO”: Me opongo a la declaratoria de la remota responsabilidad patrimonial y administrativa como consecuencia del supuesto fallo en el método anticonceptivo de ligadura de trompas o Pomeroy, conforme a los siguientes fundamentos fácticos y jurídicos:

1. **NO HAY PRUEBA DE LA FALLA DEL SERVICIO:** En efecto, en el caso concreto no puede hablarse de falla en el servicio, toda vez que los procedimientos médicos fueron practicados en debida forma. En primer lugar, se informaron claramente los métodos de intervención quirúrgica disponibles, los efectos de la ligadura de trompas, las eventuales complicaciones y los inherentes riesgos de falla y/o margen de efectividad del procedimiento anticonceptivo. En segundo lugar, después de realizado el procedimiento de ligadura de trompas pasaron más de 3 años sin que la señora CABEZAS resultara embarazada, de lo que resulta evidente que el procedimiento medico fue practicado correctamente y sirvió dentro de su capacidad y efectividad natural. Finalmente, es claro que la falla del servicio opera bajo el régimen de falla probada y en el caso concreto la Demandante no ha demostrado falla alguna, por lo que esta pretensión deberá ser desestimada.
2. **EL PROCEDIMIENTOS DE LIGADURA DE TROMPAS O POMEROY FUE PRACTICADO CON SUMA DILIGENCIA:** La práctica del procedimiento de Pomeroy o ligadura de Trompas es una obligación de medios, lo cual implica que no se le puede exigir un resultado 100% efectivo al prestador de salud que realizó la cirugía, menos aún,

cuando científicamente es conocido que la ligadura de trompas tiene un riesgo inherente de ineffectividad del 0.5% al 1%. Riesgo que fue debidamente informado y posteriormente aceptado por la señora MERCEDES CABEZAS. Por otro lado, la diligencia con la que actuó el ESE HOSPITAL JOSÉ MARIA HERNANDEZ, basta para desvirtuar la responsabilidad que se imputa. Prueba de ello, es que durante los 3 años siguientes a la práctica del procedimiento médico la señora CABEZAS no quedó en un nuevo embarazo. Por tanto, no hay lugar a declarar la responsabilidad del Hospital José María Hernández.

3. SE CUMPLIÓ EFECTIVAMENTE CON EL DEBER DE INFORMACIÓN PREVIO AL RESPECTIVO PROCEDIMIENTO DE LIGADURA DE TROMPAS: El E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ. cumplió a cabalidad con el deber de información contemplado en la ley 23 de 1981, reglamentado por el Decreto 3380 de 1981. En consecuencia, es claro que la señora MERCEDES CABEZAS fue informada previamente de los procedimientos a realizar, aceptó libremente someterse a los mismos y sus riesgos y/o margen de efectividad. Por tanto, no puede existir responsabilidad al haberse explicado con suficiencia el margen de éxito y riesgos del procedimiento anticonceptivo de ligadura de trompas o Pomeroy.
4. INEXISTENCIA DE DAÑO Y DE DAÑO ANTIJURÍDICO: El nacimiento de un niño no es ningún daño, en tanto no se puede apreciar material y jurídicamente como tal. En efecto, el nacimiento de un bebé no tiene como consecuencia la lesión a un derecho, bien o interés legítimo protegido por el ordenamiento jurídico. Sin perjuicio de lo anterior, en el hipotético evento en el que el Despacho considere que el nacimiento de un hijo representa un daño, deberá tener en cuenta que el mismo no sería antijurídico en el caso concreto, toda vez que se cumplió con el deber legal de información y consentimiento informado. Además de que el margen de error del método anticonceptivo constituye un riesgo inherente al acto médico. Finalmente, tampoco es dable imputar un supuesto daño, cuando todos los servicios médicos se prestaron con suma diligencia y calidad. Por lo anterior, solicito señor juez se declare probada esta excepción y se exima de toda responsabilidad al Hospital Asegurado.
5. COMO SE PROBARÁ EN EL CURSO DEL PROCESO, EL MEDIO DE CONTROL ESTÁ CADUCADO: Toda vez que el hecho respecto del cual se infiere la falla del servicio es la supuesta falla del método anticonceptivo del Pomeroy o ligadura de trompas. De acuerdo con las reglas de la experiencia y de la sana crítica, el momento en que se tuvo conocimiento de la falla del método anticonceptivo fue cuando los padres de la menor se enteraron del estado de embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS. Por tanto, no es correcto calcular el término de caducidad de la acción a partir del 26 de diciembre de 2017, fecha en que nació Mariangel López, pues efectivamente el método anticonceptivo no es para evitar partos sino para evitar concepciones. En ese orden de ideas, la interrupción

de la caducidad de fecha 13 de enero de 2020 fue ineficaz, por cuanto la caducidad había operado mucho tiempo antes (teniendo en cuenta la fecha en que se conoció del estado de embarazo de MERCEDES CABEZAS, el cual se acreditará con precisión tras la practica de pruebas de interrogatorio de parte y exhibición de documentos), por consecuencia, la Demanda presentada en fecha del 02 de marzo de 2020 se radicó cuando ya había operado con creces la caducidad de la acción.

Oposición frente a la pretensión “SEGUNDO”: Me opongo a los perjuicios solicitados por la parte Demandante, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la anterior pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a la E.S.E. Hospital José María Hernández.

Oposición frente a los PERJUICIOS MORALES y frente al DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN

Me opongo a la condena de los perjuicios inmateriales solicitados, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la anterior pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a la E.S.E. Hospital José María Hernández.

Resulta oportuno señalar que las pretensiones por concepto de daño a la vida en relación y daño moral denotan un evidente ánimo especulativo, y deben ser declaradas improcedentes. En tanto que en ambos casos no hay la menor prueba de la supuesta afectación inmaterial. Ahora bien, respecto del daño a la vida en relación, es de precisar, que esta tipología del Daño fue desechada por la jurisprudencia del Consejo de Estado desde la Sentencia de Unificación del año 2014¹. Por tanto, cualquier petición al respecto deberá ser inmediatamente desechada. Pues la parte Demandante solicita se le reconozca una tipología del daño que es inexistente y no hay lugar a su reconocimiento

Oposición frente a la pretensión “TERCERO”: Me opongo al reconocimiento y pago de intereses comerciales solicitados por la parte Demandante, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a la E.S.E. Hospital José María Hernández.

EXCEPCIONES PREVIAS FRENTE A LA DEMANDA

1. CADUCIDAD DEL MEDIO DE CONTROL.

De manera preliminar se advierte respetuosamente al Despacho que la caducidad alegada requiere para ser demostrada la practica de pruebas de interrogatorio de parte y exhibición de

¹ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO Bogotá D.C., veinte (20) octubre de dos mil catorce (2014).

historia clínica de la señora MERCEDES CABEZAS, tal como se solicita respectivamente en el acápite de pruebas, lo anterior teniendo como sustento lo dispuestos por el artículo 38 de la Ley 2080 de 2021, así:

ARTÍCULO 38. Modifíquese el parágrafo 2 del artículo 175 de la Ley 1437 de 2011, el cual será del siguiente tenor:

PARÁGRAFO 2º. *De las excepciones presentadas se correrá traslado en la forma prevista en el artículo 201A por el término de tres (3) días. En este término, la parte demandante podrá pronunciarse sobre las excepciones previas y, si fuere el caso, subsanar los defectos anotados en ellas. En relación con las demás excepciones podrá también solicitar pruebas.*

Las excepciones previas se formularán y decidirán según lo regulado en los artículos 100, 101 y 102 del Código General del Proceso. Cuando se requiera la práctica de pruebas a que se refiere el inciso segundo del artículo 101 del citado código, el juez o magistrado ponente las decretará en el auto que cita a la audiencia inicial, y en el curso de esta las practicará. Allí mismo, resolverá las excepciones previas que requirieron pruebas y estén pendientes de decisión.

Antes de la audiencia inicial, en la misma oportunidad para decidir las excepciones previas, se declarará la terminación del proceso cuando se advierta el incumplimiento de requisitos de procedibilidad. (Subrayado y negrilla agregados)

Las excepciones de cosa juzgada, caducidad, transacción, conciliación, falta manifiesta de legitimación en la causa y prescripción extintiva, se declararán fundadas mediante sentencia anticipada, en los términos previstos en el numeral tercero del artículo 182A.

En ese orden de ideas, es menester precisar que para el caso concreto la caducidad deberá contabilizarse a partir de la fecha en que los Demandantes tuvieron conocimiento del embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS, es decir, desde que se conoció que falló el método anticonceptivo de Pomeroy o ligadura de trompas. En otras palabras, no puede iniciarse la contabilización del término de caducidad desde la fecha de nacimiento de la menor Mariangel López Cabezas. Pues de acuerdo con las reglas de la experiencia y de la sana crítica el estado de embarazo de una mujer se conoce mucho antes de que alumbré a su hijo. En tal virtud, se exponen las siguientes consideraciones:

En primer lugar, es preciso recordar la disposición contentiva del fenómeno de la caducidad, a efectos de otorgar total claridad en las fechas que se deben tomar para computar dicho término, que es precisamente el yerro en el que incurre el accionante al formular el medio de control.

Así las cosas, dicha disposición normativa establece que la caducidad, es de dos años, y se cuenta a partir del día siguiente de la ocurrencia del hecho (acción u omisión), o desde el momento en que el demandante tuvo o debió tener conocimiento de este, cuya expresión literal se trae a colación:

“ARTÍCULO 164. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR LA DEMANDA. *La demanda deberá ser presentada:*

(...)

*i) Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos **(2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión** causante del daño, **o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior** y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia. (...).”* Negrilla y subrayado propio.

Establecido lo anterior, debe precisarse que tal como expone la parte actora en su documento de demanda, la pretensión es declarar la responsabilidad administrativa de la entidad demandada, con motivo de la supuesta falla en el servicio que ocasionó la falla del método anticonceptivo de Pomeroy o ligadura de trompas. Por tanto, para contabilizar el termino de caducidad se debe tomar como fecha de inicio de conteo el día siguiente al que los Demandantes tuvieron conocimiento del embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS, que según las reglas de la experiencia y la sana crítica ocurrió mucho antes al día del alumbramiento, es decir, mucho antes del 26 de diciembre de 2017. Para tal efecto, es imprescindible que se decrete la practica del interrogatorio de parte y la exhibición de la historia clínica de la señora CABEZAS para tener certeza de la fecha de conocimiento de estado de embarazo, de la fecha en que se realizaron controles prenatales. Una vez se tenga certeza a través de las pruebas a practicar, de la fecha en que se conoció el embarazo de MERCEDES CABEZAS, a partir del día siguiente, se deber hacer el cálculo de la contabilización del término de caducidad de la acción.

Sin perjuicio de lo anterior, se demostrará en el curso del proceso que, el conocimiento de la ocurrencia del hecho generador de la presunta responsabilidad que se pretende endilgar, es decir, el conocimiento de la falla del método anticonceptivo de Pomeroy o ligadura de trompas de la señora MERCEDES CABEZAS, ocurrió cuando se advirtió el estado de emebarazo de la Demandante, y no en la fecha fecha del **26 de diciembre de 2017**, cuando nació la menor MARIANGEL LÓPEZ CABEZAS, pues recordemos que la finalidad de los métodos anticonceptivos es evitar la concepción de un hijo y no evitar el nacimiento de uno.

Ahora bien, la parte actora, a partir del día siguiente del nacimiento de MARIANGEL LÓPEZ inició el cómputo del término de caducidad de la acción de reparación directa, es decir, el **27 de diciembre de 2017**. En tal virtud, el fenómeno de la caducidad se configuraría 2 años después, es decir, el **27 de diciembre de 2019**. Por su parte, la solicitud de conciliación extrajudicial fue radicada el día **13 de enero de 2020**, es decir, el primer día hábil siguiente a que finalizara la vacancia judicial.

Actuando en calidad de apoderado, el Doctor, DIEGO ALEJANDRO PEREZ STERLING, Identificado con cedula N° 83.258.017, y Tarjeta Profesional N° 173.064 del C.S.J, De los convocantes: MERCEDES CABEZAS MURCIA. Identificada con cedula N° 30.505.386 y ANÍBAL MANOLO LOPEZ SÁNCHEZ, Identificado con cedula N°97.440.139 Presento solicitud de conciliación en la Procuraduría 221 Judicial I de Mocoa, con fecha 13 de Enero de 2020, donde se convoca a la siguiente entidad E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ – MOCOA.

TRANSCRIPCIÓN APARTE RELEVANTE: (...) Actuando en calidad de apoderado, el Doctor DIEGO ALEJANDRO PEREZ STERLING (...) de los convocantes MERCEDES CABEZAS MURCIA y ANIBAL MANOLO LOPEZ SÁNCHEZ (...) presentó solicitud de conciliación en la Procuraduría 221 Judicial I de Mocoa, con **FECHA 13 DE ENERO DE 2020** donde se convoca a la siguiente entidad E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNÁNDEZ – MOCOA. (...) **DOCUMENTO.**

En virtud de lo anterior, es claro señalar que, toda vez que el conocimiento de la falla del método anticonceptivo de ligadura de trompas o Pomeroy (en virtud de la cual se adelanta la acción que nos ocupa) ocurrió mucho antes de la fecha de nacimiento de Mariangel López, y, tomando en consideración que Demandantes interrumpieron la caducidad de la acción el primer día hábil en que volvió a prestar servicios la rama judicial, es claro que acaeció la caducidad de la acción.

Para tal efecto, es importante traer a colación lo que ha dispuesto la Jurisprudencia sobre los casos en que el término para interponer la acción caduca en fecha cuando hay vacancia judicial o no está prestando servicios la rama judicial:

“LA VACANCIA JUDICIAL NO SUSPENDE EL TÉRMINO DE CADUCIDAD. SI EL TÉRMINO DE CADUCIDAD VENCE EN UN DÍA INHÁBIL SE CORRE AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE.

(...)

Sin embargo, en caso de que el término para presentar la acción se venza en los días en que el Despacho Judicial no se encuentre prestando sus servicios, dicho término se extenderá hasta el primer día hábil siguiente.

Lo anterior, permite concluir que ni el paro, ni la vacancia judicial interrumpen el término de caducidad para presentar la acción, pues tales circunstancias no deben ser tenidas en cuenta, salvo que dicho plazo expire dentro de éstas, caso en el cual, como ya se dijo, la acción caducaría si en el primer día hábil siguiente no se presenta la demanda.²” (Subrayado y negrilla agregados)

² Providencia del 9 de febrero de 2017. Expediente núm. 05001-23-33-000-2016-00274-01. MP. María Elizabeth García

De conformidad con la jurisprudencia señalada, es claro que, en los casos en que la caducidad opera en un periodo de vacancia judicial, se entiende que el primer día hábil luego de la vacancia se debe presentar la Demanda. Así las cosas, teniendo en cuenta que como se acreditará en el curso del proceso, el conocimiento de que había fallado el método anticonceptivo de ligadura de trompas de la señora MERCEDES CABEZAS ocurrió mucho antes de la fecha de parto (26 de diciembre de 2017), a todas luces evidente que la interrupción de la caducidad del 13 de enero de 2020 fue ineficaz, por cuanto mucho antes había fenecido con creces la oportunidad para interrumpir la caducidad. Por ende operó la caducidad y deberá ser declarada por el Despacho.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA – MOCOA
OFICINA JUDICIAL

ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Página 1

Fecha : 02/mar/2020

GRUPO

REPARACION DIRECTA

CD 001

SECUENCI 47

FECHA DE REPARTO 02/mar/2020

REPARTIDO AL DOCTO

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO

IDENTIFICAC 30505386
83258017

NOMBRE ERCEDES CABEZAS MURCIA
DIEGO ALJANDRO PEREZ STERLING

APELLIDO

PARTE 01
03

SERVACIONES: 46+ 3 TRAS CON 5+ CD EN CADA TRASLADO + ARCH

CENTROSER2 RepartoMoc

FUNCIONARIO DE REPARTO

TRANSCRIPCIÓN APARTE RELEVANTE: (...) ACTA DE REPARTO (...) FECHA DE REPARTO (02/mar/2020)

Por tanto, toda vez que la ocurrencia del hecho que da base al medio de control ocurrió mucho antes que en fecha del 26 de diciembre de 2017 (cuando nació Mariangel López), y toda vez que la solicitud de conciliación se presentó el primer día hábil siguiente en que volvió de la vacancia la rama judicial, la caducidad no se suspendió a tiempo, y por ende la Demanda radicada el 02 de marzo de 2020 realmente se presentó cuando ya había operado el fenómeno de la caducidad por cuanto se presentó por fuera del termino legal que concede el artículo 161 del CPACA. En virtud de lo anterior, el despacho deberá declarar la practica de pruebas de interrogatorio de parte y exhibición de documentos, para así llegar al convencimiento de la fecha en que efectivamente se tuvo conocimiento de la falla del método anticonceptivo que se reclama, y declarar la terminación del proceso por haber operado la caducidad.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.

Coadyuvo las excepciones propuestas por el E.S.E Hospital José María Hernández, sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor, formulo las siguientes:

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNANDEZ.

Del análisis integral de los elementos probatorios recaudados hasta el momento en este proceso, es viable llegar a la conclusión de que no se configuró la responsabilidad alegada por la parte Demandante, toda vez que no existe prueba que acredite culpa o negligencia del E.S.E Hospital José María Hernández por falta de información, extralimitación de funciones, retardo en el cumplimiento de las obligaciones, obligaciones cumplidas de forma tardía o defectuosa. De tal manera que, ante la ausencia de las conductas presuntamente negligentes u omisivas por parte del E.S.E Hospital José María Hernández. Carece este caso de la supuesta falla en el servicio, como elemento constitutivo de la responsabilidad extracontractual del Estado. Por lo cual, es pertinente afirmar que la responsabilidad por falla del servicio es inexistente, debiéndose exonerar de toda responsabilidad al del E.S.E Hospital José María Hernández

Al efecto, resulta menester aclarar que la falla del servicio es definida como aquella violación al contenido obligacional exigible a una entidad pública en una situación concreta. Sin embargo, es connatural a este título de imputación el principio de relatividad del mismo. Al respecto, el Consejo de Estado se ha pronunciado en los siguientes términos:

“La Sala de tiempo atrás ha dicho que la falla del servicio ha sido, en nuestro derecho, y continua siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete - por principio - una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual.”³

También ha sostenido que el mandato que impone la Carta Política en el artículo 2º. inc. 2º., de que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades..., “ debe entenderse dentro

³ Sección Tercera, sentencia del 13 de julio de 1993, expediente No. 8163.

de lo que normalmente se le puede exigir a la administración en el cumplimiento de sus obligaciones o dentro de lo que razonablemente se espera que hubiese sido su actuación o intervención acorde con las circunstancias tales como disposición del personal, medios a su alcance, capacidad de maniobra etc, para atender eficazmente la prestación del servicio que en un momento dado se requiera.”⁴

Es que las obligaciones que son de cargo del Estado - y por lo tanto la falla del servicio que constituye su trasgresión -, han de mirarse en concreto, frente al caso particular que se juzga, tomando en cuenta las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo.

Se le exige al Estado la utilización adecuada de todos los medios de que esta provisto, en orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de dichos medios, surgirá su obligación resarcitoria; si el daño ocurre, pese a su diligencia, no podrá quedar comprometida su responsabilidad⁵”. (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así mismo, frente al análisis obligatorio de este principio cuando se impute la falla del servicio, ha indicado el Consejo de Estado:

“7.4. En casos como el sub lite, el fallador de instancia debe analizar de manera integral las pruebas, a efectos de establecer las circunstancias y el contexto que rodeó los hechos, con el fin de poder concluir si efectivamente se incurrió en una falla en el servicio atribuible a la entidad demandada, lo anterior atendiendo a los parámetros establecidos por la doctrina y la jurisprudencia cuando han desarrollado la “teoría de la relatividad de la falla en el servicio”.

Sobre el particular resulta pertinente citar al profesor Rivero quien afirmó lo siguiente.

“el juez para decidir, en cada caso, si hay o no falla del servicio, se pregunta aquello que podríamos, en cada caso, esperar del servicio, teniendo en cuenta la dificultad más o menos grande la misión, las circunstancias de tiempo

⁴ Sentencia del 8 de abril de 1998, expediente No. 11837.

⁵ Sentencia del 3 de febrero de 2000, Radicado No. 252859, Sección Tercera del Consejo de Estado. MP: ALIER EDUARDO HERNÁNDEZ ENRIQUEZ.

(períodos de paz o momentos de crisis), de lugar, de recursos sobre los cuales disponía el servicio público en personal y material, etc. De lo anterior resulta que la noción de falla del servicio tiene un carácter relativo, pudiendo el mismo hecho, según las circunstancias, ser reputado de culposo o no culposo”⁶

Lo anterior ha sido denominado por la jurisprudencia del Consejo de Estado como “el principio de la relatividad de la falla en el servicio”⁷. Principio este, que evita que la responsabilidad de la administración, cimentada en el título de imputación subjetivo o común –denominado “falla en el servicio”- torne las obligaciones del Estado, ya sean las derivadas de manera explícita de una norma constitucional, legal, o reglamentaria, o del principio establecido en el artículo 2º de la Constitución Política, en obligaciones de resultado (...)

“En otro precedente, se dijo:

“Desconocer tales circunstancias implicaría dejar de lado de la relatividad de la falla del servicio⁸, es decir no tener en cuenta la conducta de la administración, en atención a las circunstancias de tiempo, modo, lugar, medios, personal e infraestructura del servicio”⁹ (subrayado y negrilla fuera del texto original).

La falla en el servicio es un título de imputación en materia de responsabilidad extracontractual del Estado, el cual debe ser probado dentro del proceso. En efecto, no es presumible por parte del Despacho, ya que al juez le está vedado presumir situaciones o responsabilidades simplemente con la mera afirmación de la parte Demandante. Debe dicha afirmación tener sus elementos de prueba sólidos, o de lo contrario, no puede concluirse que existe la falla del servicio. Es precisamente en ese sentido en que se presenta esta excepción, pues al no estar probada la falla en el servicio en cabeza del del E.S.E Hospital José María Hernández, ni tener elementos de prueba que puedan si quiera dar un indicio de la existencia de ella, deberá declararse su ausencia, lo cual deja sin soporte jurídico la demanda, y por lo tanto, deberán despacharse todas las pretensiones sin resultado alguno.

⁶ Jean Rivero, Droit Administratif, Précis Dalloz, Paris, décima edición, 1983, p. 286 (Tomado de: “La noción de falla del servicio como violación de un contenido obligacional a cargo de una persona pública en el derecho colombiano y el derecho francés”, HENAO Juan Carlos.

⁷ Sección Tercera, 3 de febrero de 2000, ponente: Hernández Enriquez, expediente 14787.

⁸ El concepto fue esbozado y desarrollado por el profesor Jean Rivero en los siguientes términos: “El juez, para apreciarla [se alude a la falla del servicio], no se refiere a una norma abstracta; para decidir, en cada especie, si hay falta o no, él se pregunta, lo que en ese caso debía esperarse del servicio, teniendo en cuenta de la dificultad más o menos grande de su misión, de las circunstancias de tiempo (períodos de paz, o momentos de crisis), de lugar, de los recursos de que disponía el servicio en personal y en material, etc.

“De ello resulta que la noción de falla del servicio tiene un carácter relativo, pudiendo el mismo hecho, según las circunstancias, ser reputado como culposo o como no culposo.” RIVERO, Jean, *Derecho Administrativo*, 1984, traducción de la 9ª edición, Caracas, pág. 304 y 305.

⁹ Consejero Ponente: Enrique Gil Botero, Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil diez (2010), expediente: 17.172.

Ante la ausencia de pruebas que permitan deducir al juez que se dio una falla del servicio en este caso, puede entonces determinarse que ésta no existe. De esa manera, al no tener título de imputación para endilgar responsabilidad extracontractual del E.S.E Hospital José María Hernández por los hechos aquí narrados. Aquel deberá ser eximido de toda responsabilidad y condenar en costas a la parte actora, por poner en función el aparato judicial sin fundamento alguno. Se puede decir entonces que la parte Demandante no ha aportado ningún medio de prueba que permita acreditar una falla en el servicio, la cual es un título de imputación en materia de responsabilidad extracontractual del Estado, que debe ser probado dentro del proceso. De allí se puede afirmar con total contundencia, que no existe ninguna prueba idónea y conducente que demuestre una falla del servicio por parte del E.S.E Hospital José María Hernández. En consecuencia, al no existir ninguna prueba que acredite su responsabilidad, es jurídicamente improcedente endilgarle cualquier obligación indemnizatoria.

Dentro de la disciplina procesal, quien aduzca un perjuicio tiene la carga procesal de probarlo y quien afirme un hecho guarda igualmente esa obligación procesal de probarlo con los medios probatorios solicitados en la demanda, los cuales deben ser idóneos, conducentes y pertinentes. De tal suerte que al no ejercer esa obligación en debida forma dentro un proceso judicial, no cabe otra posibilidad de conformidad a la constitución y la ley, que eximir de toda responsabilidad al del E.S.E Hospital José María Hernández

Del caso concreto, en primer lugar, es pertinente mencionar que el procedimiento médico de ligadura de trompas practicado a la señora MERCEDES CABEZAS en fecha del 25 de junio de 2014 se realizó en debida forma, respetando la lex artis, los protocolos médicos y científicos respectivos, tal como consta en la historia médica aportada. En ese sentido, de conformidad con la jurisprudencia antes expuesta, es claro que no hay lugar a declarar falla del servicio, por cuanto el procedimiento médico se surtió en debida forma. También es de precisar, que la actuación del del E.S.E Hospital José María Hernández no puede ser reprochada puesto que actuó de conformidad con el contenido obligacional esperado en la prestación de servicios de salud. Es decir, prestó un servicio diligente e informado, en el cual se emplearon todos los medios y herramientas a disposición para realizar idóneamente el proceso de ligadura de trompas. Por otro lado, debe mencionarse que el procedimiento de ligadura de trompas o Pomeroy, fue efectivo dentro del rango indicado en el consentimiento informado (99%). Prueba de ello, es que durante más de 3 años la señora MERCEDES CABEZAS no resultó embarazada, derivándose así la eficiencia estimada del método anticonceptivo.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada la presente excepción, teniendo en cuenta que en el caso concreto no existe falla del servicio puesto que los procedimientos médicos se practicaron en debida forma. En primer lugar, se informaron claramente los métodos de intervención quirúrgica disponibles, los efectos de la ligadura de trompas, las eventuales complicaciones y los inherentes riesgos de falla y margen de efectividad del método anticonceptivo. En segundo lugar,

los procedimientos médicos se practicaron con total calidad, pericia y diligencia. En tercer lugar, después de realizado el procedimiento de ligadura de trompas pasaron más de 3 años sin que la señora CABEZAS resultara embarazada, de lo que surge evidente que el procedimiento médico fue practicado correctamente. Finalmente, la jurisprudencia ha sido enfática al establecer que la falla del servicio opera bajo el régimen de falla probada, por ende, ante el deficiente ejercicio probatorio de la parte actora, solicito respetuosamente al Despacho negar las pretensiones formuladas en el líbello de la demanda.

3. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO INFORMADO, ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA Y REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE SALUD POR PARTE DEL E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados, los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica¹⁰.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se refirió en el mismo sentido al decir:

¹⁰ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, Mp. Alejandro Martínez Caballero.

*“Si bien **las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida¹¹”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Así mismo, el Consejo de Estado, en sentencia del 13 de noviembre de 2014, se pronunció en de la siguiente forma:

*“(…) En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, **al comportar la actividad médica una obligación de medio**, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.”¹² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, ahora resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, el Consejo de Estado ha sido claro al establecer:

*“(…) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdece que **el servicio se desarrolló diligentemente**; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, **la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad**, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño (…)”¹³*

*(…) se limita a **demostrar que su conducta fue diligente** y que el daño sufrido por la víctima no fue producto de inatención o de atención inadecuada; ello implica, finalmente, deducir que el riesgo propio de la intervención médica, que no permiten que sobre ella se configure una obligación de resultado, se presentaron y fueron los causantes del daño. Por tal razón, se ha dicho que la prueba de la ausencia de culpa no puede ser nunca en realidad una prueba*

¹¹ Corte Constitucional. Sentencia T-373 de 2001. MP Rodrigo Escobar Gil. Expediente T-398862

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 13 de noviembre de 2014. CP. Ramiro Pazos Guerrero, Expediente 31182.

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de abril de 1997. CP. Carlos Betancourt Jaramillo, Expediente 9467.

perfecta, en la medida en que lo que se evidencia, mediante la demostración de la diligencia y el adecuado cumplimiento de las obligaciones en la entidad médica, es simplemente que el daño no ha tenido origen en su falla, sin que tenga que demostrarse exactamente cual fue la causa del daño recibido por el paciente, pues si se exigiera esta última demostración, se estaría pidiendo la demostración de una causa extraña, que es la causal de exoneración propia de los regímenes objetivos de responsabilidad¹⁴. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De forma similar, la Corte Suprema de Justicia expuso que:

“La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– **se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS** o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; **o la debida diligencia y cuidado** de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia¹⁵”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se puede concluir que para las tres más altas Cortes de la justicia colombiana, no existe duda alguna de que la responsabilidad médica se puede enervar probando la debida diligencia del prestador de servicios de salud, en razón a que el mismo cumple con obligaciones de medio. Así entonces, a continuación se le pondrán de presente al Despacho las razones por las cuales el procedimiento realizado a la señora Mercedes Cabezas se ejecutó con plena diligencia, pericia y profesionalidad:

A. Debida diligencia durante el procedimiento de ligadura de trompas.

Ahora bien, se formula esta excepción en virtud de que a la señora MERCEDES CABEZAS, ciertamente se le practicó el procedimiento de ligadura de trompas o Pomeroy de forma diligente, prudente e informada. Lo anterior, como se confirma con la respectiva historia clínica. En concordancia con lo anterior y para la aplicación del caso en concreto, se expone un caso similar de anticoncepción fallida (*wrongful conception*), en el que el CONSEJO DE ESTADO en providencia del 05 de diciembre de 2016¹⁶, advirtió que:

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de abril de 1997. CP. Carlos Betancourt Jaramillo, Expediente 9467

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01.

¹⁶ Consejo de Estado, sección tercera, subsección B, Sentencia del 05 de diciembre de 2016. Cp: Ramiro Pazos Rad. 81001233100020090005101 Exp. 41262

(...) **“No resulta posible imponer al prestador de servicios de salud una obligación de resultado en relación con los métodos anticonceptivos prescritos o aplicados**, afirmación que aplica inclusive a los casos de esterilización definitiva, en cuanto conllevan también un margen de error inherente a ellos y ajeno al control del profesional de la salud”. (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Lo anterior, sustentado en datos de la Organización Mundial de la Salud¹⁷, donde exponen que existen métodos anticonceptivos con márgenes de eficacia inclusive mayores al 99%, pero ninguno registra 100% de éxito. La siguiente tabla resume los datos sobre eficacia de distintos métodos:

Método	Eficacia para prevenir el embarazo
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente
Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora»	99% si se usa de manera correcta y sostenida Entre 90% y 97% como se usa comúnmente
Implantes	>99%
Progestágeno en forma inyectable	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	>99% si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente
Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado	El parche y el anillo vaginal son métodos nuevos y los estudios sobre su eficacia son limitados.
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	>99%
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	>99%
Condón masculino	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente
Condón femenino	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente
Esterilización masculina (vasectomía)	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	>99%

Para finalizar, expone el Consejo de Estado, en sentencia del 05 de diciembre de 2016¹⁸ que:

(...) **“la decisión libre de no concebir y de materializarla con la ayuda de medios quirúrgicos o farmacéuticos, no supone un escenario exento de tal posibilidad**, aun para quien asume en forma idónea e integra un tratamiento contraceptivo, sea este temporal o definitivo; en otros términos, procrear es el resultado posible del ejercicio de la libertad sexual, de modo que cuando ese acto es consentido y consciente, se trata de un resultado cuando menos posible”. (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

¹⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

¹⁸ Consejo de Estado, sección tercera, subsección B, Sentencia del 05 de diciembre de 2016. Cp: Ramiro Pazos Rad. 81001233100020090005101 Exp. 41262

Teniendo planteadas las bases legales y jurisprudenciales de la presente excepción, para efectos de tratar al caso concreto, se señalan los siguientes argumentos con el fin de acreditar la inexistencia de falla medica: **3.1** La ligadura de Trompas es una obligación de medios. **3.2** El procedimiento de ligadura de trompas tiene un riesgo inherente de ineffectividad del 0.5% al 1%. **3.3** El procedimiento de ligadura de trompas fue practicado diligentemente y resultó eficiente.

3.1 La ligadura de Trompas es una obligación de medios.

Como acertadamente lo precisó la sentencia de fecha 05 de diciembre de 2016¹⁹, “de la práctica de métodos anticonceptivos no resulta posible imponer al prestador de servicios de salud una obligación de resultado”. En ese sentido, surge apenas lógico que el procedimiento de ligadura de trompas, que es un método anticonceptivo, es una obligación de medios. Que la ligadura de trompas sea una obligación de medios, tiene como consecuencia que basta al prestador médico probar la diligencia en su actuar para eximirse de cualquier tipo de responsabilidad. Como se puede observar de los medios de prueba aportados, el actuar del ESE JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ fue indudablemente diligente.

3.2 El procedimiento de ligadura de trompas tiene un riesgo inherente de ineffectividad del 0.5% al 1%.

En este punto es claro que para el ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ era imposible garantizar un resultado 100% efectivo de cualquier procedimiento médico que practicara. Para el caso concreto de la ligadura de trompas, también le era imposible garantizar un resultado 100% efectivo en el método anticonceptivo, pues no es medicamente factible, toda vez que tiene un porcentaje de error del 0.5% hasta el 1%. Además, de esta situación se informó oportunamente a la señora MERCEDES CABEZAS en el consentimiento informado que ella misma suscribió y aceptó.

3.3 El procedimiento de ligadura de trompas fue practicado diligentemente y resultó eficiente.

Así las cosas, no hay lugar a declarar falla en el servicio porque el ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ practicó el procedimiento de Ligadura de trompas con la debida diligencia y este resultó eficiente en los términos informados. Prueba de la última afirmación, es que la señora MERCEDES CABEZAS no resultó embarazada en los 3 años siguientes a la práctica de la ligadura de trompas. Ahora bien, la historia clínica y el protocolo médico confirman la forma diligente e informada en que fue tratada la paciente y descartan cualquier duda que pueda suscitar la tergiversación de hechos que esgrime la parte actora como fundamento de sus

¹⁹ Consejo de Estado, sección tercera, subsección B, Sentencia del 05 de diciembre de 2016. Cp: Ramiro Pazos Rad. 81001233100020090005101 Exp. 41262

pretensiones, que denotan únicamente una inexcusable confusión de conceptos en busca de una indebida indemnización.

Ahora bien, en relación con la salud de las personas como derecho fundamental protegido y protegible, no puede exigir y desde luego el médico no puede garantizar, que la asistencia que se presta en el ámbito sanitario sea una asistencia resultadista, es decir, que vaya a conseguir siempre y en todo lugar un resultado favorable para la vida y/o la salud. La medicina no es una ciencia exacta y de resultados, sino muy al contrario, una ciencia de medios. Lo que significa, que efectivamente el médico está obligado a emplear todos los medios a su alcance y toda su pericia profesional en el cuidado de la salud, como así ocurre en la práctica, pero sin asegurar un resultado que obviamente es incierto.

De conformidad con el análisis realizado en lo que respecta a la diligencia del E.S.E Hospital José María Hernández, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende, esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. <Artículo modificado por el artículo [104](#) de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> *Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.*** (subrayado y negrilla fuera de texto original)

De conformidad con lo anterior y de los medios de prueba que constan en el expediente, es claro que los Profesionales de Medicina y Enfermería que atendieron a la señora MERCEDES CABEZAS surtieron todos los procedimientos y exámenes para brindar una atención médica integral al paciente. De esa forma, se demuestra que todos los procedimientos practicados dan cuenta de la debida diligencia por parte del personal médico y de enfermería que atendió a la paciente.

En conclusión, a lo largo de esta excepción se dejó en claro que la práctica del procedimiento de ligadura de Trompas es una obligación de medios, lo cual implica que no se le puede exigir un resultado 100% efectivo al prestador de salud que realizó la cirugía, menos aún, cuando científicamente es conocido que la ligadura de trompas tiene un margen de error que oscila entre el 0.5% al 1%. Vale la pena mencionar, que este margen de error del método anticonceptivo fue

debidamente informado y posteriormente aceptado por la señora MERCEDES CABEZAS. Por otro lado, la diligencia con la que actuó el ESE HOSPITAL JOSÉ MARIA HERNÁNDEZ, basta para desvirtuar la responsabilidad que se le imputa. Prueba de ello, es que durante los 3 años siguientes a la práctica del procedimiento médico la señora CABEZAS no quedó en embarazo. Así entonces, quedó demostrada la diligencia con la que actuó el Hospital José María Hernández en todas las atenciones brindadas a la señora Cabezas.

En virtud de lo anterior, solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción, toda vez que la señora MERCEDES CABEZAS obtuvo por parte del E.S.E Hospital José María Hernández una atención integral, diligente e informada. Así entonces, se tiene que los profesionales médicos del E.S.E Hospital José María Hernández que atendieron a la Demandante cumplieron con su obligación de medios y se rigieron bajo todos los parámetros médicos y de *lex artis* para practicar el procedimiento de ligadura de trompas,

4. LA E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ CUMPLIÓ CON EL DEBER DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La finalidad de la presente excepción es demostrarle al Despacho que no existe responsabilidad de la E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ. Lo anterior, toda vez que a la accionante se le informó en forma previa y suficiente el procedimiento a realizar (ligadura de trompa o POMEROY), los riesgos inherentes y la probabilidad de éxito y/o margen de error del mismo.

Dentro del marco de los procedimientos médicos, la *lex artis* (Ley 23 de 1981) consagra la obligación en cabeza de los médicos de informar previamente al paciente del tratamiento a recibir, sus alcances, riesgos, beneficios y consecuencias. El consentimiento informado ha sido definido como “*un acto de la voluntad subsiguiente a un acto de la razón, o lo que es lo mismo, que el consentimiento presupone el conocimiento. De ello se sigue que nadie consiente en aquello que no conoce*”²⁰. Adicionalmente, el documento debe cumplir una serie de especificaciones entre las cuales se destaca que es el “*profesional médico a quien corresponde informar, en términos claros y precisos, al paciente de la naturaleza y los riesgos de los procedimientos a los que se habrá de someter, así como de las probabilidades de ocurrencia de los mismos*”²¹. Situación que como se expondrá enseguida fue cumplida a cabalidad.

En este orden de ideas, puede observarse en la historia clínica de la paciente que esta obligación fue cumplida a satisfacción por parte de la E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ y respectivamente aceptada por la accionante, señora MERCEDES CABEZAS. El día 25 de junio de 2014 se explicó el riesgo de someterse a ligadura de trompas, así:

²⁰ Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23- 26-000-1996-12661-01(27493), sentencia del doce (12) de diciembre de dos mil trece (2013)

²¹ Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23- 26-000-1996-12661-01(27493), sentencia del doce (12) de diciembre de dos mil trece (2013)

4. Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0,5 - 1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.

TRANSCRIPCIÓN: 4. *Aún siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0.5 - 1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.*

Por ello señor juez, es que se reitera que la parte Demandante presenta como reproche el haber quedado embarazada, pese habersele practicado el procedimiento de ligadura de trompas o Pomeroy, pero no tiene en cuenta varios aspectos. En primer lugar, la decisión de practicarse dicho procedimiento médico se realizó de manera espontánea, libre y voluntaria, tal como lo confiesa en el hecho CUARTO del escrito de demanda. La voluntad que expresó la señora CABEZAS, fue previa a la práctica del procedimiento, por tanto, significó el conocimiento, aceptación y asunción del riesgo. En segundo lugar, expresada la voluntad de la señora MERCEDES CABEZAS de someterse al procedimiento de ligadura de trompas o Pomeroy, el equipo médico del E.S.E JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ, procedió de conformidad con la ley de ética médica artículos 15 y 16:

ARTICULO 15. *El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.*

ARTICULO 16. *La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.*


El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.

En ese sentido, se informaron de forma previa a la práctica del procedimiento, los alcances del mismo, beneficios, riesgos, cuidados, efectos secundarios y probabilidad de éxito. Dicho informe fue aceptado de manera inequívoca y expresa por la paciente MERCEDES CABEZAS, tal como consta en la historia clínica aportada por la parte Demandada. Para tal efecto transcribo el aparte relevante del documento en mención:

“(...) me ha suministrado la siguiente información sobre la ligadura de trompas:

4. Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0.5%-1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.
5. Existen otros métodos de planificación familiar: condón, hormonales, dispositivo intrauterino. (...). (Negrilla, color y subrayado por fuera del texto original)

A continuación, procedo a adjuntar imagen contentiva del informe realizado por la E.S.E JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ, consentido inequívocamente por la señora MERCEDES CABEZAS.



DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL JOSÉ MARIA HERNÁNDEZ
MOCCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LIGADURA DE TROMPAS

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Artículos 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo cual solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco:

La paciente: Mercedes Cabezas Muraza de 30 años
C.C. No. 30 50 5386 de Fluencina
Y/o el señor/señora _____ de _____
C.C. No. _____ de _____
En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor _____ identificado con C.C. No. _____ de _____, me ha suministrado la siguiente información sobre Ginecología y Obstetra con R.M. No. _____, me ha suministrado la siguiente información sobre LIGADURA DE TROMPAS

1. La intervención de ligaduras de trompas consiste básicamente en la oclusión de la continuidad de las Trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.

2. Puede ser realizada por vía abdominal (laparatomía o minilaparatomía), por laparoscopia o inusual por vía vaginal. Además, puede ser realizada asociada o no a otro tipo de cirugía obstetrico-ginecológica, la más frecuente acompañando a una cesárea.

3. En mi caso concreto se realizará por _____

4. Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0,5 - 1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.

5. Existen otros métodos de planificación familiar: condón, hormonales, dispositivos intrauterino

6. Esta técnica requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.

7. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivada del acto quirúrgico de la anestesia o por la situación vital de cada paciente, tales como: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por por mi situación actual de _____ entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.

8. En este tipo de cirugías pueden aparecer, principalmente las siguientes complicaciones:
✓ Intraoperatoria: hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos.
✓ Posoperatorias: hematomas superficiales sobre la cicatriz o intraabdominales en la pelvis, infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias postquirúrgicas con dolor pélvico crónico, contracción (abertura de pares abdominal).

9. Si en el momento del acto quirúrgico sugiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

Escriba SI o NO en el espacio en blanco

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo _____

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto _____

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

En tales condiciones, y con conocimiento de que el artículo 42 de la Constitución Política Nacional establece que la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos.

En tales condiciones.

ACEPTO

Que se me realice LA LIGADURA DE TROMPAS

Firma Paciente: Mercedes Cabezas Muraza

Firma Testigo: _____

Firma médico: Dr. Carlos Antonio Pineda
Ginecología - Obstetricia
No. 15871-18

Ciudad y fecha: _____

Como es evidente del documento expuesto, la señora MERCEDES CABEZAS conoció y aceptó, el riesgo de falla del método anticonceptivo que decidió practicarse. Por eso, es desconcertante que pretenda imputar responsabilidad al ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ cuando desde antes de practicarse el procedimiento sabía que no era 100% efectivo.

Por otro lado, no puede pasarse por alto que la paciente, ahora Demandante, tenía en su cabeza el deber de informarse acerca de los procedimientos que se le iban a practicar. Por tanto, no puede ahora excusarse en su propia torpeza o ignorancia, cuando era su deber informarse sobre

el margen de error del procedimiento de ligadura de trompas y las probabilidades de éxito del mismo.

Finalmente, es necesario poner de presente al Despacho que el Decreto 3380 de 1981, reglamentó los artículos 15 y 16 arriba expuestos, en tanto a la forma de hacer la advertencia del riesgo previsto y la exclusión de responsabilidad por ineficacia del procedimiento médico.

***Art. 10.** – El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.*

***Art. 13.** – Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.*

Cumpliendo con el marco legal señalado, el ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ procedió en fecha del 25 de junio de 2014 con la advertencia del riesgo previsto. En ese mismo acto se informaron de las consecuencias que podrían llegar presentarse por someterse a ligadura de trompas, el riesgo de concebir un nuevo embarazo, los demás métodos de planificación familiar existentes, entre otros. Finalmente, la misma paciente MERCEDES CABEZAS, aceptó por la práctica de dicho procedimiento con los naturales riesgos que implicaba el mismo, y por supuesto, conociendo el margen de error del método anticonceptivo.

Colofón de lo anterior, solicito al señor juez declarar probada la presente excepción, pues es claro que la ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ, cumplió a cabalidad con el deber de información contemplado en la ley 23 de 1981, reglamentado por el Decreto 3380 de 1981. También es claro que la señora MERCEDES CABEZAS fue informada previamente de los procedimientos a realizar y aceptó libremente someterse a los mismos y sus riesgos. Por tanto, no puede existir responsabilidad al haberse explicado con suficiencia el margen de éxito y riesgos del procedimiento anticonceptivo de ligadura de trompas o Pomeroy.

5. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO.

El elemento central de la responsabilidad es el daño. Daño entendido como afectación cierta, determinada o determinable del patrimonio o del ámbito extrapatrimonial de la persona. Si no hay

daño, no hay lugar a reconocer responsabilidad, ni a resarcir el perjuicio causado. En ese orden de ideas, en el caso concreto se debe analizar si el embarazo constituye un daño en el patrimonio o en el ámbito extrapatrimonial de la señora MERCEDES CABEZAS. Para abordar esta excepción se tratarán 2 fundamentos principales: 5.1 La falla de un método anticonceptivo no es un daño antijurídico 5.2 Aun así, se cumplió con el deber de información (consentimiento informado).

5.1 La falla de un método anticonceptivo no es un daño antijurídico.

Para mayor comprensión del asunto es necesario entrar a estudiar el concepto de la antijuricidad del daño. La Corte Constitucional²², define el daño antijurídico como:

“El perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo.(...) Así, la responsabilidad patrimonial del Estado se presenta entonces como un mecanismo de protección de los administrados frente al aumento de la actividad del poder público, el cual puede ocasionar daños, que son resultado normal y legítimo de la propia actividad pública, al margen de cualquier conducta culposa o ilícita de las autoridades, por lo cual se requiere una mayor garantía jurídica a la órbita patrimonial de los particulares.”

En otro pronunciamiento²³, señala la Corte Constitucional que:

“la antijuridicidad del perjuicio no depende de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración sino de la no soportabilidad del daño por parte de la víctima”

El Consejo de Estado²⁴, por su parte establece que el daño antijurídico es aquel que:

“El daño antijurídico comprendido, desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual⁵⁰ y del Estado impone considerar aquello que derivado de la actividad o de la inactividad de la administración pública no sea soportable i) bien porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o ii) porque sea “irrazonable”, en clave de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos.”

²² Sentencia C-333 de 1996 de la Corte Constitucional. MP. Alejandro Martínez Caballero

²³ Sentencia C-254 de 2003 de la Corte Constitucional.

²⁴ Sentencia de fecha 9 de mayo de 2012 del Consejo de Estado, sección tercera. CP Liliana Sánchez. Exp. 20334

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado sobre la materialización de un riesgo inherente a la práctica médica, dejando claro que este tipo de daño no es uno indemnizable:

“DAÑO INDEMNIZABLE-Cuando se materializa un riesgo inherente al acto médico, el daño no tiene carácter indemnizable al no preceder de un comportamiento culposo. Estudio en proceso de responsabilidad médica contractual contra médico de confianza, como consecuencia de perforación en el intestino causada a paciente durante la práctica de cirugía de extracción de vesícula. (SC7110-2017; 24/05/2017)”²⁵ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Posición que ha sido reiterada por el Honorable Consejo de Estado quien ha sostenido lo siguiente:

*“(…) Por otra parte, al hacerse usuario de la atención médica, el paciente adquiere el derecho a recibir el mejor tratamiento posible. Cuando media consentimiento, ello comporta, en principio, la asunción de los riesgos inherentes al tratamiento, dentro de los cuales se encuentran el fracaso terapéutico y ciertos efectos secundarios **adversos y a la vez exime de la carga de soportar las consecuencias de la privación del tratamiento**, así como la prestación del mismo por debajo de los estándares de la lex artis. Estos efectos, que escapan de la órbita de lo que paciente está llamado a soportar incluyen tanto la progresión de una condición patológica curable, en el caso concreto como la aparición de nuevas patologías o secuelas”²⁶ (…)* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De igual forma el Consejo de Estado ²⁷ abordó el riesgo inherente de la siguiente manera:

“[L]as intervenciones de las partes, como la sentencia de primera instancia se asume la responsabilidad médica como especie sui generis de la responsabilidad estatal, sustraída de las reglas probatorias generales, en tanto sometida a un régimen de imputación especial: la falla presunta del servicio (…) [H]ay que aclarar que si bien la postura según la cual la responsabilidad médica se rige por el régimen de falla probada en el servicio fue efectivamente aceptada por la jurisprudencia de esta Corporación, en los últimos años esta posición ha

²⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. M.P Luis Armando Tolosa Villabona, radicación 2006-00234. Sentencia del 24 de mayo de 2017.

²⁶ Consejo de Estado, Consejera ponente: Stella Conto Díaz del Castillo Radicación número: 25000-23-26-001-1995-00964-01(21774), sentencia del veintinueve (29) de septiembre de 2015.

²⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, consejera ponente: Stella Conto Díaz del Casillo, mediante sentencia del 15 de octubre de 2015

sido revisada y definitivamente abandonada (...) [L]a Corporación ha llegado a la conclusión de que la Constitución Política de 1991 contiene una regulación clara de la responsabilidad estatal, que no distingue campos de aplicación especiales y según la cual el deber estatal de indemnizar se deriva del daño antijurídico y no de la culpa o la falla. En este sentido, la jurisprudencia ha aceptado que para la declaración de la responsabilidad derivada de la prestación directa o indirecta del servicio médico por agentes del Estado, así como de cualquier otra especie de responsabilidad estatal, no es menester hacer uso de algún tipo determinado de imputación, sin perjuicio de la ineludible la acreditación de que el paciente se vio obligado a soportar una carga excesiva, esto es, un mal que no le correspondía soportar. **Aplicando los principios anteriormente enunciados al ámbito de la responsabilidad médica, ha de concluirse que el paciente está obligado a soportar las cargas asociadas al riesgo inherente al tratamiento médico, en tanto las haya podido consentir, así como el margen de fracaso terapéutico y el error no evitables**, mientras que la concreción de riesgos no consentidos o que supongan un desequilibrio en la distribución del riesgo social (v.gr. enfermedades nosocomiales, reacción a vacunas), así como todos los perjuicios que se puedan vincular causalmente con la prestación deficiente del servicio médico se consideran daños antijurídicos" (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De las definiciones expuestas por las altas cortes, encontramos como punto en común que el daño antijurídico es aquel provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo. Bajo esa premisa, es necesario para el caso en concreto plantear la siguiente pregunta: ¿una persona que se somete a un procedimiento anticonceptivo tiene el deber legal de soportar que este falle?

Para el interrogante planteado la respuesta indudablemente es que sí. Esto se desprende apenas lógico teniendo en cuenta que todos los tratamientos anticonceptivos implican un riesgo inherente de falla. Aún más, acerca de este riesgo se informó en el consentimiento informado suscrito por la señora MERCEDES CABEZAS, donde se explicó que la ligadura de trompas tiene un porcentaje de error de entre 0.5-1%. Por ello, es evidente que el embarazo de la señora CABEZAS es un deber jurídico que debe soportar y no hay lugar a endilgárselo al ESE HOSPITAL JOSÉ MARIA HERNÁNDEZ, menos aún, cuando el comportamiento del personal médico fue totalmente diligente y prudente.

5.2 Se cumplió con el deber de información (consentimiento informado)

El ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ cumplió con su deber legal de informar de manera clara y expresa, el alcance del procedimiento de ligadura de trompas y sus respectivos riesgos inherentes. Situación que implica que, en el remoto e improbable evento en el que el Despacho considere que la concepción de un bebé representa un daño, de todas maneras, ante esta hipotética circunstancia, este daño no sería antijurídico y deberá ser soportado por la Demandante. En este sentido, es evidente que la falla de un método anticonceptivo no es ningún daño, por cuanto no hay certeza de su existencia, en tanto, no hay claridad de qué derecho se acusa vulnerado por el hecho de la concepción. Finalmente, la parte Demandante tampoco cumplió con la carga esencial de demostrar el daño, tanto es inexistente que simplemente se limitó a mencionarlo, sin preocuparse por precisar qué derecho le fue afectado.

Por otro lado, en el hipotético evento en el que el Despacho considere que la falla de un método anticonceptivo representa un daño, deberá tener en cuenta que el mismo no sería antijurídico en el caso concreto. Toda vez que se cumplió con el deber legal de información y consentimiento informado, además de que el margen de error del método anticonceptivo constituye un riesgo inherente al acto médico. Finalmente, tampoco es dable imputar un supuesto daño, cuando todos los servicios médicos se prestaron con suma diligencia y calidad. Por lo anterior, solicito señor juez se declare probada esta excepción y se exima de toda responsabilidad al Hospital Asegurado.

6. IMPROCEDENCIA DEL DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN SOLICITADO

Es menester resaltar que es jurídicamente improcedente condenar a la parte pasiva de la litis al pago de suma alguna a título de daño a la vida de relación, toda vez que este concepto no tiene ninguna viabilidad jurídica, en cuanto dicha categoría del daño se encuentra totalmente desechada por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, sobre el particular, el Consejo de Estado en la sentencia del 20 de octubre de 2014 afirmó:

*“(…) Por consiguiente, **se denegará la solicitud en relación con el reconocimiento del perjuicio denominado “daño a la vida en relación”, por ser una categoría desechada en la jurisprudencia unificada de esta Sección.** De otra parte, se negará la indemnización a “bienes constitucionales autónomos”, ya que de los medios de convicción que fueron arrojados al proceso no se desprende la configuración de esas categorías de perjuicios (…)*

*En sus planteamientos, la Corte distingue tres clases de daños extra patrimoniales: i) el daño moral; ii) el daño a la vida de relación y iii) el daño a derechos fundamentales o constitucionales. **Sin embargo, deja de lado que la noción de daño a la vida de relación ya ha sido ampliamente superada, como se explicó en párrafos precedentes de este proveído, por tratarse de una categoría abierta y que le abría paso a la indemnización***

indiscriminada de toda clase de perjuicios. (...)”²⁸(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así las cosas, tenemos que el perjuicio solicitado ya no tiene cabida en nuestro ordenamiento jurídico, como una categoría independiente de daño, por el contrario, se encuentra subsumido en el concepto de daño a la salud. Por tanto, ningún juez administrativo en virtud de la unificación jurisprudencial podrá reconocer la categoría de daño a la vida de relación, específicamente en la Sentencia de Unificación el Consejo de Estado se indicó lo siguiente:

*“En ese orden de ideas, el concepto de salud comprende diversas esferas de la persona, razón por la que no sólo está circunscrito a la interna, sino que comprende aspectos físicos y psíquicos, por lo que su evaluación será mucho más sencilla puesto que ante lesiones iguales corresponderá una indemnización idéntica. **Por lo tanto, no es posible desagregar o subdividir el daño a la salud o perjuicio fisiológico en diversas expresiones corporales o relacionales** (v.gr. daño estético, daño sexual, daño relacional familiar, daño relacional social), **pues este tipo o clase de perjuicio es posible tasarlo o evaluarlo, de forma más o menos objetiva, con base en el porcentaje de invalidez decretado por el médico legista.**”*

(...)

“Por lo tanto, cuando el daño tenga origen en una lesión corporal (daño corporal), sólo se podrán reclamar y eventualmente reconocer los siguientes tipos de perjuicios – siempre que estén acreditados en el proceso:

- i) los materiales de daño emergente y lucro cesante;*
- ii) **y los inmateriales, correspondientes al moral y a la salud o fisiológico**, el primero tendiente a compensar la aflicción o padecimiento desencadenado por el daño, **mientras que el último encaminado a resarcir la pérdida o alteración anatómica o funcional del derecho a la salud y a la integridad corporal**”* (negrilla y subrayado fuera del texto original)

En consecuencia de lo anterior, el honorable juez no deberá acceder a las pretensiones por concepto de daño a la vida de relación.

En el eventual caso en que se llegare a hacer una evaluación de los perjuicios de vida de relación como afectaciones dentro de lo reclamado como daño a la salud, deberá tenerse en cuenta que la jurisprudencia ha sido enfática en establecer que, la indemnización del daño a la salud está sujeta a lo probado en el proceso, **única y exclusivamente para víctima directa**, así lo manifestó el Consejo de Estado en la Sentencia de Unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031:

²⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección C Consejero ponente: Enrique Gil Botero, Bogotá D.C., 20 de octubre de 2014.

“En consecuencia, se adopta el concepto de daño a la salud, como perjuicio inmaterial diferente al moral que puede ser solicitado y decretado en los casos en que el daño provenga de una lesión corporal, puesto que el mismo no está encaminado al restablecimiento de la pérdida patrimonial, ni a la compensación por la aflicción o el padecimiento que se genera con aquél, sino que está dirigido a resarcir económicamente –como quiera que empíricamente es imposible– una lesión o alteración a la unidad corporal de la persona, esto es, la afectación del derecho a la salud del individuo.”²⁹

En ese orden de ideas, solicito que no se reconozca indemnización alguna por concepto de daño a la vida de relación, ya que esta categoría se encuentra totalmente proscrita en nuestro ordenamiento jurídico desde el 2014.

Por lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

7. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda, incluida la de caducidad y la de prescripción.

CAPÍTULO II

CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR EL E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.

I. FRENTE A LOS HECHOS

Frente a “EL LLAMADO EN GARANTÍA”: Es cierto que la ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ suscribió con la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., el contrato de seguro que a continuación se identifica: Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Medicos No. 436-88-4000000007 con vigencia desde el día 25/07/2013 hasta el día 25/07/2014. Sin embargo es de precisar que la póliza cuenta con un periodo de retroactividad desde el día 26 de julio de 2012, de acuerdo a la modalidad de cobertura *CLAIMS MADE* o *RECLAMACIÓN HECHA*. En tal virtud, la póliza no presta cobertura temporal y no podrá ser afectada, por cuanto si bien la cirugía de ligadura de trompas de la que se predica la reclamación por error médico, fue practicada en fecha del 25 de junio de 2014 en vigencia de la póliza. La reclamación se presentó en fecha del 13 de enero de 2020, cuando la mencionada póliza ya no estaba vigente. Adicionalmente, la póliza tampoco puede ser afectada por cuanto no presta cobertura material, toda vez que una de las exclusiones expresas pactadas dentro del contrato

²⁹ Consejo de Estado, Sentencia 1994-00020 del 14 de septiembre de 2011. M.P. Enrique Gil Botero.

de seguro hace referencia a que no se cubren los daños que se deriven del fallo de un método anticonceptivo, como sucede en el caso que nos ocupa. En ese sentido, es claro que la póliza 436-88-4000000007 no puede ser afectada por cuanto la reclamación no se presentó durante la vigencia de la misma y no cubre los hechos materia de litigio.

Frente al hecho 1: No me consta. Sin embargo, deberá ser acreditado debidamente con los medios de prueba que resulten pertinentes para tal fin.

Frente al hecho 2: No me consta. Sin embargo, deberá ser acreditado debidamente con los medios de prueba que resulten pertinentes para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, el contrato de seguro N° 436-88-4000000007, se pactó que la Aseguradora no asumía el riesgo por las eventuales reclamaciones que le hicieran al Hospital con ocasión a la ineficacia de métodos anticonceptivos. Ahora bien, como en el caso en concreto se adelantó el medio de control para reprochar la ineficacia del método anticonceptivo denominado Pomeroy o ligadura de trompas. Bajo ese resorte, en virtud del contrato celebrado no hay lugar a que la Aseguradora responda por una eventual condena, en tanto se convino libre y expresamente que tal hipótesis no estaba asegurada

Frente al hecho 3: No me consta. Sin embargo, deberá ser acreditado debidamente con los medios de prueba que resulten pertinentes para tal fin.

Frente al hecho 4: No me consta. Sin embargo, es de precisar que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza No. 436-88-4000000007 se pactó expresamente que no habría lugar a amparar reclamaciones cuando estas fueran derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o provocación de un embarazo o procreación. Como es del caso en concreto, alega la Demandante el fallo en el método anticonceptivo ligadura de trompas, que tiene como finalidad evitar nuevos embarazos. En ese sentido, los hechos que dan lugar a la reclamación están expresamente excluidos de las coberturas de la póliza.

FRENTE A LAS PRETENSIONES O EL OBJETO DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Oposición frente a la pretensión 1: Me opongo a la prosperidad de la pretensión incoada. Si bien es cierto, el llamamiento en garantía ya fue admitido, debe decirse que la Póliza no puede hacerse efectiva por las siguientes razones:

- No prestan cobertura temporal: La póliza de seguro No. 456-88-994000000007 no presta cobertura temporal, bajo el entendido de que la reclamación no ocurrió en vigencia de la póliza. Pues recordemos que la cirugía de ligadura de trompas se practicó en fecha del

25 de junio de 2014, pero el alumbramiento de la menor hija de la Demandante ocurrió hasta el 26 de diciembre de 2017, fecha en que no contaba con cobertura temporal la póliza. Aún más, la reclamación por la falla del método anticonceptivo se efectuó hasta el 13 de enero de 2020, cuando tampoco había cobertura temporal de la póliza. Por tanto, toda vez que la modalidad temporal de la póliza es *CLAIMS MADE* o *RECLAMACIÓN HECHA*, y la reclamación no se presentó en vigencia de la póliza, esta no presta cobertura temporal y no podrá ser afectada.

- No prestan cobertura material: Porque en las condiciones generales del contrato de seguro se pactó expresamente que no habría lugar a amparar reclamaciones cuando estas fueran derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o provocación de un embarazo o procreación. Como es del caso en concreto, alega la Demandante el fallo en el método anticonceptivo ligadura de trompas, que tiene como finalidad evitar nuevos embarazos. En ese sentido, los hechos que dan lugar a la reclamación están expresamente excluidos de las coberturas de la póliza.

Así las cosas, ruego negar las pretensiones incoadas respecto a mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 456-88-994000000007

La póliza de seguro No. 456-88-994000000007 no presta cobertura temporal, bajo el entendido de que la reclamación no ocurrió en vigencia de la póliza. Pues la cirugía de ligadura de trompas se practicó en fecha del 25 de junio de 2014, pero el alumbramiento de la menor hija de la Demandante ocurrió hasta el 26 de diciembre de 2017, fecha en que no contaba con cobertura temporal la póliza. Aún más, la reclamación por la falla del método anticonceptivo se efectuó hasta el 13 de enero de 2020, cuando tampoco había cobertura temporal de la póliza.

Es imperativo recordar que existen diferentes modalidades de cobertura en los contratos de seguro. Las más comunes en la actividad aseguraticia son las siguientes: ocurrencia, descubrimiento y reclamación o *claims made*. La primera hace referencia a la cobertura que se brinda cuando el hecho que da lugar al amparo ocurre mientras la póliza está vigente. Bajo la modalidad de descubrimiento se ofrece cobertura cuando el tomador, asegurado o beneficiario conoce el hecho dañoso dentro de la vigencia de la póliza. Por último, se tiene que el seguro pactado bajo la modalidad de reclamación o *claims made* opera, de un lado, si el interesado

presentó su reclamación dentro de la vigencia de la póliza y, de otro, si los hechos por los que se reclama ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado.

Específicamente la modalidad de cobertura por reclamación o *claims made* tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997. Con la nombrada norma se introdujo esta nueva figura, cuya finalidad es que la aseguradora indemnice los perjuicios causados a terceros por hechos pretéritos a la vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando, la reclamación, al asegurado o a la aseguradora, se realice dentro de dicha vigencia. La respectiva norma establece lo siguiente:

*“En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, **y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.***

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años”. (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Si bien el artículo 1131 del Código de Comercio estipula que el siniestro se entiende ocurrido “en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado”, con la precitada norma se permitió, a través del pacto expreso entre contratantes, que se amparen hechos anteriores a la vigencia del seguro (retroactividad), bajo la condición de que la reclamación se realice dentro de la referida vigencia. Esto no quiere decir que el requerimiento sea requisito para que se configure la responsabilidad, sino que la obligación de pago de la aseguradora se sujeta al reclamo en el curso de la póliza. La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido la modalidad *claims made* y su posibilidad de coexistir con las demás disposiciones que se encuentran en el Código de Comercio:

*“Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, **si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido,** hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación*

de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual³⁰. (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Con la Ley 389 de 1997 y lo estipulado en materia del contrato de seguros por el Código de Comercio, se configura una doble exigencia a la hora de reclamar por el acaecimiento de un siniestro cuando se ha pactado esta modalidad. La dualidad consiste en: la materialización del siniestro y la reclamación dentro del término específico. Esta característica diverge del sistema tradicional de ocurrencia, en el cual importa que el hecho dañoso se produzca en la vigencia del contrato de seguro mas no si el requerimiento por el interesado se realiza cuando la póliza haya expirado. Así las cosas, sobre la modalidad descrita la corte recientemente concluyó lo siguiente:

*“Por su parte, las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, **porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado**, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso”³¹. (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Para ahondar en los efectos de la falta de cobertura temporal, es necesario brindar un poco de contexto. En ese sentido, indica el reconocido tratadista Carlos Ignacio Jaramillo³², que:

" el asegurador está legitimado, en línea de principio, para oponerle al tercero, a la víctima del daño irrigado por el asegurado la defensa emergente de la delimitación temporal de la cobertura, en concreto que su responsabilidad ha cesado en desarrollo de la aplicación de una estipulación contractual que prohijó el sistema de aseguramiento “

En ese mismo sentido, ha expresado la Corte Suprema de Justicia³³, que:

*“La ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 del Código de Comercio es suficiente para la configuración del siniestro, empero, **si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima al asegurado, o al***

³⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 18 de julio de 2017, MP. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado 76001-31-03-001-2001-00192-01.

³¹ Ibid.

³² Carlos Ignacio Jaramillo, Delimitación temporal de la cobertura en el seguro de la responsabilidad civil. 2011 pag. 63

³³ CSJ. Casación Civil. Mp. Aroldo Quiroz. SC10300-2017 del 18 de julio de 2017.

asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados” (Negrilla y subrayados por fuera del texto original)

En ese sentido, puede entenderse que es dable a la aseguradora oponerse al pago de un siniestro cuando la cobertura temporal no está vigente conforme al contrato celebrado. Del caso en concreto, la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, y ESE HOSPITAL JOSÉ MARIA HERNÁNDEZ contrataron para la póliza 436-88-994000000007 una cobertura por el ámbito temporal comprendido del día 25 de julio de 2013 hasta el 25 de julio de 2014, con un periodo de retroactividad desde el 12 de julio de 2012. Para este caso, el E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ y LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA O.C., concertaron que la modalidad de la póliza No. 436-88-994000000007 para RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA sería *CLAIMS MADE* y así quedó plasmado en la misma:

BASE DE LA COBERTURA:

CLAIMS MADE: RC PROFESIONAL MÉDICA.
OCURRENCIA: RC EXTRACONTRACTUAL.

PERÍODO DE DESCUBRIMIENTO:

ACTOS PREVIOS: NINGUNO.
FECHA DE RETROACTIVIDAD: 26 DE JULIO DE 2012.

RIESGO CUBIERTO:

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCIÓN O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, POR CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISIÓN, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD.

Así las cosas, conforme a la carátula de la póliza y a la explicación antes brindada, se tiene que la póliza ampara las indemnizaciones por **las reclamaciones presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza**, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos en vigencia del seguro o dentro de las vigencias anteriores contratadas a partir del 26 de julio de 2012 (fecha de retroactividad). No obstante, si bien es cierto que en este caso los hechos que dieron base a la acción ocurrieron el 25 de junio de 2014, es decir dentro de la vigencia pactada en la póliza, lo cierto es que la primera reclamación de los afectados al asegurado E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ ocurrió el 13 de enero de 2020, fecha en la que los ahora Demandantes solicitaron audiencia de conciliación, es decir, cuando la cobertura de la póliza No. 436-88-994000000007 ya había fenecido.

Por tanto, en este caso, si bien los hechos ocurrieron dentro de la retroactividad pactada en la póliza, lo cierto es que no se cumple con el primer presupuesto para que opere esta modalidad de póliza y es que la reclamación presentada por los terceros afectados se presentó por primera vez al asegurado fuera de los límites temporales de la póliza. Como quiera que en este caso, la reclamación escrita, es decir, la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial a la ESE

HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNANDEZ, se presentó el 13 de enero de 2020, por tanto, es claro que no se encuentra cubierta temporalmente por la póliza No. 436-88-99400000007 por la cual mi prohijada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA O.C., fue vinculada a este proceso.

En conclusión, no puede predicarse cobertura temporal de la póliza de seguro No. 436-88-994000000007 en tanto no se cumplen con los presupuestos de la modalidad de cobertura concretada (*CLAIMS MADE O RECLAMACIÓN HECHA*), esto es, no se presentó la reclamación dentro de la vigencia de la póliza comprendida desde el 25 de julio de 2013 hasta el 25 de julio de 2014, sino que se presentó con posterioridad a la terminación de la vigencia, durante el año 2020. De ese modo, no resulta procedente exigir prestación alguna respecto de mi prohijada, por lo cual debe proceder el Despacho a desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización con cargo a la póliza de seguro.

2. FALTA DE COBERTURA MATERIAL - EXCLUSIÓN EXPRESA EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS N° 436-88-994000000007 POR INEFICACIA DE TRATAMIENTOS TENDIENTES A IMPEDIR EMBARAZOS O PROCREACIONES.

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que se excluyen de amparo, en cuyo caso de acaecimiento eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”³⁴

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del Órgano de Cierre de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, se exhorta a los Jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro. Ahora, también hay que tener en cuenta

³⁴ Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

el concepto N° 19999055614-2 proferido por la Superintendencia Financiera³⁵, que al respecto ha dicho:

“En relación con la exclusión:

*Sea lo primero manifestarle que dentro del ámbito de la libertad contractual que le asiste a las partes en el contrato de seguro, el asegurador en virtud de la facultad que consagra el artículo 1056 del Código de Comercio puede, salvo las restricciones legales, asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado, el patrimonio o la persona del asegurado. Es así como éste, mediante la suscripción de la póliza de seguro decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, de tal manera que solo en el evento de que se presenten éstos, deberá cumplir con su obligación de indemnizar. De igual forma, **adicionalmente, puede incorporar en la póliza determinadas estipulaciones, contentivas de circunstancias que aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo no obliguen al asegurador a la prestación señalada en el contrato de seguro, las cuales se conocen generalmente con el nombre de exclusiones**” (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En ese sentido, es menester señalar que la Póliza de Responsabilidad Civil profesional clínicas y centros médicos N° 436-88-99400000007, en sus Condiciones Generales señalan una serie de exclusiones adicionales relativas al amparo de responsabilidad civil profesional. Las cuales transcribo a continuación, y respecto a las cuales solicito especial atención, más precisamente a la número 2.5:

“ 2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

LA ASEGURADORA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO SE PRESENTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:

- 2.1 DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.**
- 2.2 EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPEUTICA.**
- 2.3 CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.**
- 2.4 TRATAMIENTOS, TERAPIAS O INDICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS, NO ACEPTADOS O NO APROBADOS**

³⁵ Concepto No. 1999055614-2. Febrero 9 de 2000. Superintendencia Financiera (antes Superintendencia Bancaria)

*POR LA CIENCIA MEDICA, LAS NORMAS LEGALES Y/O ENTIDADES QUE
REGULEN LA MATERIA.*

**2.5 CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRURGICA PARA
IMPEDIR O PROVOCAR LA PROCREACIÓN. (...)** (subrayado y negrilla fuera
del texto original)

Así las cosas, del caso en concreto y únicamente ante la eventual y remota posibilidad en que se condene al E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ por falla en el servicio médico, como consecuencia de la práctica del procedimiento Ligadura de trompas de Falopio o Pomeroy, que es básicamente la oclusión de las trompas con el objetivo de impedir un nuevo embarazo. Esta responsabilidad no podrá ser trasladada a mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA O.C., pues las partes acordaron expresamente, dentro del marco de la libertad negocial y contractual, pactar como exclusión de responsabilidad aquella que ostenta el siguiente tenor literal:

**CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRURGICA PARA
IMPEDIR O PROVOCAR LA PROCREACIÓN. (...)** (subrayado y negrilla fuera
del texto original)

En consecuencia, es claro que la Póliza en cuestión no cubren ninguna reclamación por estos conceptos. En otras palabras, estamos ante una hipótesis de riesgo que no está asegurada. Lo anterior, porque el E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ y la ASEGURADORA SOLIDARIA pactaron libre, voluntaria y expresamente que esta última no estaría obligada a responder por los reclamos surgidos con ocasión a la ineficacia de métodos anticonceptivos. Lo que dicho de otra manera significa, una expresa causal de riesgo excluido, que no tendrá que asumir la aseguradora que represento.

En conclusión, en el contrato de seguro N° 436-88-4000000007, se pactó que la Aseguradora no asumía el riesgo por las eventuales reclamaciones que le hicieran al Hospital con ocasión a la ineficacia de métodos anticonceptivos. Ahora bien, como en el caso en concreto se adelantó el medio de control para reprochar la ineficacia del método anticonceptivo denominado Pomeroy o ligadura de trompas. Bajo ese resorte, en virtud del contrato celebrado no hay lugar a que la Aseguradora responda por una eventual condena, en tanto se convino libre y expresamente que tal hipótesis no estaba asegurada.

3. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el

patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños, y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización, es decir no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

“Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.”

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

“Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso” (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: perjuicios morales y daño a la vida en relación, no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte del E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte Demandante recibiendo una indemnización por parte del Hospital que nada tuvo que ver con la falla inherente del método anticonceptivo de Pomeroy o ligadura de trompas toda vez que el procedimiento médico se realizó de manera informada, voluntaria y la paciente recibió atención médica oportuna, adecuada y diligente.

Adicionalmente, no habría lugar al reconocimiento de estos conceptos, dado que: (i) No es procedente el reconocimiento de perjuicios morales, por cuanto es claro que no hay responsabilidad alguna de la E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ en la falla inherente del método anticonceptivo de Pomeroy o ligadura de trompas de la señora MERCEDES CABEZAS. (iii) No se reconoce la suma solicitada a título de Daño a la vida de relación, por cuanto

dicha tipología de perjuicio fue desechada desde el año 2014 por la Jurisprudencia de Unificación del Consejo de Estado. Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciendo a los accionantes.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción, y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

4. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA O.C. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el fallador deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”³⁶ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante, y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido.

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		1,500,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

5. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere

³⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta los siguientes deducibles pactados en los contratos de seguro:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		1,500,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			

TRANSCRIPCIÓN APARTE ESENCIAL: DEDUCIBLES: 5.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA – MÍNIMO 5.000.000 (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el Honorable Juzgador tome en consideración que, tanto la definición del deducible como su forma de aplicación, ha sido ampliamente desarrollada por la Superintendencia Financiera de Colombia en distintos conceptos, como el que se expone a continuación:

“Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”³⁷. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación de los contratos de seguro. Es de suma importancia que el Honorable

³⁷ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

Juzgador descuenta del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 5% de la pérdida, mínimo \$5.000.000 por evento.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

6. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del C.Co.

CAPITULO III MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

• DOCUMENTALES

1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros médicos No. 436-88-4000000007 del 25 de julio de 2013, con su respectivo condicionado particular y general.

• INTERROGATORIO DE PARTE.

1. Solicito respetuosamente se decrete el interrogatorio de parte de la señora **MERCEDES CABEZAS MURCIA**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Mocoa, quien ostenta la calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la Demanda, contestación, y en general de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

Este interrogatorio es conducente, pertinente y útil, ya que permitirá ilustrar al Despacho sobre la fecha en que se tuvo conocimiento del estado de embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS y por ende permitirá demostrar el acaecimiento de la caducidad de la acción.

La señora CABEZAS MURCIA podrá ser citada en la CALLE 4 N° 3 - 209 del municipio de Mocoa, Putumayo. La dirección de correo electrónico se desconoce, sin embargo, podrá ser citada a través de su apoderado judicial.

2. Solicito respetuosamente se decrete el interrogatorio de parte del señor **ANIBAL MANOLO LÓPEZ SÁNCHEZ**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Mocoa, quien ostenta la calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la Demanda, contestación, y en general de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

Este interrogatorio es conducente, pertinente y útil, ya que permitirá ilustrar al Despacho sobre la fecha en que se tuvo conocimiento del estado de embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS y por ende permitirá demostrar el acaecimiento de la caducidad de la acción.

El señor Anibal López podrá ser citado en la CALLE 4 N° 3 - 209 del municipio de Mocoa, Putumayo. La dirección de correo electrónico se desconoce, sin embargo, podrá ser citado a través de su apoderado judicial.

- **TESTIMONIALES**

3. Solicito respetuosamente se decrete el testimonio del doctor **CAMILO ANDRÉS MENDOZA GAITÁN**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, quien ostenta la calidad de asesor externo de la compañía y quien podrá dar cuenta al despacho sobre el riesgo asumido por la compañía aseguradora que represento, amparos, coberturas y demás situaciones expuestas en este escrito, especialmente en el llamamiento en garantía.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las tratativas preliminares, riesgos amparados, exclusiones, condiciones particulares y generales de la póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser citado en la CALLE 13 N° 10 -22 apt. 402 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico camiloanmega@gmail.com

4. Respetuosamente solicito decretar el testimonio del doctor **CARLOS CHAVEZ FONSECA**, quien puede ser citado en la Calle 14 No. 7 - 26, en la ciudad de Mocoa, Putumayo. O en la dirección de correo electrónico: ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co , para que se pronuncie sobre la eficacia médica de la ligadura de trompas, para que de cuenta del procedimiento practicado a la paciente, para que se pronuncie sobre el consentimiento informado, y en general para que se

pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, y todas las intervenciones y atenciones prodigadas a la paciente MERCEDES CABEZAS.

Este testimonio solicitado es útil y pertinente, por cuanto el Médico es especialista en Ginecología y Obstetricia, y podrá dar concepto científico preciso sobre los métodos anticonceptivos, su eficacia, procedimiento y efectos previsibles.

• **EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS.**

Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar a los demandantes para que exhiban en la audiencia respectiva: (i) copia íntegra de la Historia Clínica de la señora MERCEDES CABEZAS correspondiente al periodo que va desde el año 2014 hasta el año 2017, (ii) copia de todos los documentos de citas y controles prenatales durante el transcurso del año 2017 relativas al embarazo de MARIANGEL LÓPEZ CABEZAS.

La solicitud de exhibición de estos documentos se realiza por cuanto están en poder del Demandante, y a la fecha de radicación de la contestación ha sido imposible acceder a los mismos, como quiera que son documentos del orden personalísimo y están sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar: (I) La fecha en que tuvo conocimiento la parte Demandante del embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS en el año 2017, (II) evidenciar los controles prenatales y citas de control por el embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS durante el transcurso del año 2017 (III) La caducidad del medio de control.

- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a los DEMANDANTES exhibir en la oportunidad procesal pertinente, (I) copia íntegra de la Historia Clínica de la señora MERCEDES CABEZAS correspondiente al periodo que va desde el año 2014 hasta el año 2017, (ii) copia de todos los documentos de citas y controles prenatales durante el transcurso del año 2017 relativas al embarazo y nacimiento de MARIANGEL LÓPEZ CABEZAS.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar: (I) La fecha en que tuvo conocimiento la parte Demandante de la falla del método de ligadura de trompas y conocimiento embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS en el año 2017, (II) evidenciar los controles prenatales y citas de control por el embarazo de la señora MERCEDES CABEZAS durante el transcurso del año 2017 (III) La fecha de caducidad del medio de control.

La parte Demandante puede ser notificada en la Calle 4 N° 3 - 209 del municipio de Mocoa, Putumayo. La dirección de correo electrónico se desconoce, sin embargo, podrá ser citado a través de su apoderado judicial.

CAPÍTULO V

ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de la compañía ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
2. Poder especial otorgado al suscrito apoderado

NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA., recibirá notificaciones en la misma dirección del suscrito apoderado.

Al suscrito en la Carrera 11 A No.94 A – 56, Oficina 402 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del señor Juez.

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4360481479

PÓLIZA No: 436 -88 - 994000000007 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO			COD. AGE: 436			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
27	07	2012	25	07	2012	23:59	25	07	2013	23:59	365	01	03	2021
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL									TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION					

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS		
		25	07	2012	23:59	25	07	2013	23:59	365		
		VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ		
IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1	
DIRECCIÓN:	CALLE 14 NO. 7 - 26 AVENIDA SAN FRANCISCO		
CIUDAD:	MOCOA, PUTUMAYO		
TELÉFONO:	4296057		

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ		
IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1	
DIRECCIÓN:	CALLE 14 NO. 7 - 26 AVENIDA SAN FRANCISCO		
CIUDAD:	MOCOA, PUTUMAYO		
TELÉFONO:	4296057		
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS		
IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: PUTUMAYO		CIUDAD: PUERTO ASIS
DIRECCION:	CRA 19 # 10-10 B /ALLENDE		
ACTIVIDAD:	HOSPITAL		
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,500,000,000.00	
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL			
CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA			
TOMADOR: ESE Hospital José María Hernández			
ASEGURADO: : ESE Hospital José María Hernández			
BENEFICIARIO: PACIENTES DEL HOSPITAL			
UBICACIÓN CUBIERTA: : Puerto Asís, Putumayo, Colombia			
Las condiciones particulares descritas a continuación establecen el alcance de las coberturas y demás condiciones de la póliza y modifican en los puntos que sean pertinentes a las condiciones generales 10112010-1502-75-RC-36, que forman parte de la presente póliza.			
OBJETO DE LA COBERTURA: Responsabilidad Civil Profesional Médica, en forma Proporcional, cubriendo las actividades del asegurado como propietario y operador de la institución médica conocida como el Hospital José María Hernández.			
Base de la Cobertura:			
- Claims Made: RC Profesional Médica.			
Ocurrencia: RC Extracontractual.			
Período de Descubrimiento: Actos Previos: Ninguno.			
Fecha de Retroactividad: Fecha de inicio de vigencia de la primera póliza.			
Extensión para Denuncia de Reclamos: Opcional cotizada.			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****60,329,828	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****9,655,172	TOTAL A PAGAR: \$ *****70,000,000
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
CECILIA DEL CARMEN RODRIGUEZ GUERRER	5429	100.00		
		VALOR ASEGURADO		

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000436048147

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CGAMBOA 0

CADB26780B07FD7A58

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

Riesgo Cubierto

- Responsabilidad Civil Profesional Médica

Queda amparada la Responsabilidad Civil que eventualmente pueda corresponderle al Asegurado por cualquier daño corporal, enfermedad, afección o muerte causada a un paciente, por cualquier acto negligente, error u omisión, o falta profesional, cometido por el Asegurado en ejercicio de las funciones propias de su actividad profesional como proveedor de servicios de la salud.

- Responsabilidad Civil Extracontractual

Cualquier daño corporal, enfermedad, afección o muerte causada a cualquier persona, o pérdida o daño a las propiedades tangibles de ésta en conexión con las obligaciones profesionales del Asegurado.

Responsabilidad Civil de Explotación General de la Empresa

Se entiende por tal la Responsabilidad Civil derivada de los daños materiales y/o corporales a Terceros que puedan ocasionar el Asegurado, ya sea por actos propios, o el personal por el cual legalmente sea responsable en el desempeño de su labor profesional, o de la entidad por la cual legalmente sea responsable el Asegurado, o de los objetos que posean para su cometido, incluso por incendio o explosión, incluyendo todas las actividades que razonablemente hacen parte del giro del Asegurado y que son inherentes y específicas a las funciones desarrolladas por el mismo en el curso normal de su negocio, siempre y cuando tales daños se produzcan dentro del recinto y predios del riesgo cubierto.

NOTA:

Esta póliza solo provee amparo básico para la exposición de PLO de la institución asegurada. Se recomienda obtener una póliza específica para la Responsabilidad Civil General si se desean más coberturas y amparos adicionales.

Responsabilidad Civil Patronal

Se entiende por tal la obligación por la cual el Asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios de muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.

Esta protección opera, única y exclusivamente, solo en EXCESO de la RC Patronal legal provista en el país de domicilio del Asegurado hasta el 2% del límite asegurado por persona / 10% del límite asegurado por año. Excluye reclamaciones por enfermedades profesionales y de alto costo.

VIGENCIA: Desde: 26 del 2012, a las 00:00 horas, tiempo local estándar.

Hasta: 25 del 2013, a las 24:00 horas, tiempo local estándar.

Renovación del Contrato

- En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, o desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, cualquiera de las dos fechas que sea anterior, sin importar que la póliza inicial hubiese ya vencido, y que el reclamo o notificación se presentase durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

LÍMITES GEOGRÁFICOS: República de Colombia únicamente.

JURISDICCIÓN Y LEY: Este seguro será gobernado e interpretado de conformidad con las leyes vigentes en la República de Colombia. Todas las partes acuerdan y aceptan el someterse a la jurisdicción y leyes en la República de Colombia.

LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN: Límite único y combinado.

Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones, intereses, gastos, costas y honorarios de defensa judicial y extrajudicial a ser compartido por todos los Asegurados.

COP1.500.000.000 por Evento / Agregado Anual.

DEDUCIBLES

RC No Profesional

- 5% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP5.000.000 por todo y cada reclamo.

RC Profesional Médica

- 5% de todo y cada reclamo, con mínimo de COP5.000.000 por todo y cada reclamo, operando en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) de COP25.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

INCENTIVO

En caso de que el médico o la institución que realiza el acto médico causante del reclamo tenga una póliza de RC Profesional Médica vigente, con un límite de indemnización igual o mayor a COP25.000.000, expedida por una compañía de seguros reconocida como tal por las autoridades locales, solo aplicará el deducible del 5% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP5.000.000 por todo y cada reclamo.

El Deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada por o contra el Asegurado con independencia de la causa o la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoria o no.

El Deducible aplicará solo una vez en caso del mismo reclamo afectar varias coberturas.

El Deducible no aplicará a los Beneficios Adicionales.

APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE PARA GASTOS DE DEFENSA:

" NO APLICA

Si el Asegurado acepta el abogado seleccionado de común acuerdo con el Asegurador y el Reasegurador.

" SI APLICA

Si el Asegurado NO acepta el abogado seleccionado de común acuerdo con el Asegurador y el Reasegurador.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

GARANTÍA DE PAGO DE PRIMAS:

(a) Las primas serán pagaderas a más tardar dentro de los 30 días consecutivos al inicio de la vigencia, primas a ser recibidas por el Reasegurador en sus oficinas.

(b) La falta de cumplimiento con esta condición causará la cancelación automática de este respaldo al inicio de su vigencia.

(c) El Reasegurador no estará obligado a enviar Nota de Cancelación por el no pago de la prima.

La garantía de pago debe cumplirse en tiempo y forma independientemente de la oportunidad en la entrega de la documentación por parte del Reasegurador.

TÉRMINOS Y CONDICIONES ESPECÍFICAS

- Definición de Siniestro:

Todo hecho o acto u omisión culposa imputada al Asegurado bajo esta póliza, cometido durante la vigencia de la misma o dentro del Período de Retroactividad otorgado, si este aplicase, que haya ocasionado daños a la salud o a los bienes de la persona.

- Definición de Reclamo:

Cualquier notificación escrita, por vía judicial o extrajudicial, solicitando compensación en forma monetaria por perjuicios ocasionados o supuestamente ocasionados, directamente como consecuencia, única y exclusivamente, de una acción y/u omisión del Asegurado en la prestación de sus servicios, hecha por un Tercero, y recibida por el Asegurado / Asegurador y presentada al Asegurador / Reasegurador durante el Período de Vigencia del seguro, o dentro del Período de Extensión para la Denuncia de Reclamos, si este último aplicase.

- Aviso de Reclamo

En el evento de ser notificado y llamado a citación a la diligencia de audiencia de conciliación extrajudicial o de recibir una notificación de demanda, el Asegurado deberá enviar la información al Asegurador dentro de un lapso de tiempo no mayor a 20 días posteriores a dichas notificaciones.

El Asegurador deberá enviar la información al Reasegurador dentro de un lapso de tiempo no mayor a 20 días posteriores a su recibo por parte del Asegurado.

- Pluralidad de Reclamos:

(a) La inclusión de más de un Asegurado en un mismo reclamo, o la presentación de reclamos por más de una persona u organización respecto de un mismo hecho y/o daño, en ningún caso servirán para aumentar el monto del Límite de Indemnización por cada ocurrencia.

(b) Dos o más reclamos originados por la misma causa, o provenientes del mismo error u omisión, o del mismo acto médico o serie de ellos, serán considerados como un solo reclamo.

(c) Todos estos reclamos relacionados referidos en el numeral (b), sin importar cuando sean originados, serán considerados como realizados en la fecha en la cual el primer reclamo haya sido presentado.

(d) En el caso de un tratamiento extendido, continuo, intermitente o repetido con el Asegurado y cuando no haya un acuerdo sobre cuando un servicio profesional que de origen a un reclamo se haya prestado inicialmente, se considerará para los efectos de esta póliza que el servicio profesional se prestó en el momento en que el reclamante consultó por primera vez al Asegurado a causa de los síntomas que dieron origen al tratamiento prescrito por el Asegurado.

- Costos del Proceso

El Asegurador responderá, además, aún en exceso de la suma asegurada por los Costos del Proceso que el Tercero damnificado o sus causahabientes promuevan en su contra o la del Asegurado, con las salvedades siguientes:

1. Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida del contrato de seguro;

2. Si el Asegurado afronta el proceso contra orden expresa del Asegurador, y

3. Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede la suma que, conforme a los Artículos pertinentes de este título, delimita la responsabilidad del Asegurador, éste sólo responderá por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponda en la indemnización.

Gastos de Defensa:

100% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual

a) El Asegurador solo reconocerá por honorarios aquellos establecidos en las tarifas del Colegio de Abogados de la respectiva ciudad.

b) Los Gastos de Defensa en relación a un proceso judicial, administrativo o arbitral que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

c) Se encuentran incluidas en la cobertura las conciliaciones y transacciones que celebre el Asegurado que tengan por objeto concluir las denuncias o demandas formuladas en su contra, las que deberán contar previamente con la conformidad del Asegurador y del Reasegurador. Estas conciliaciones y transacciones podrán hacerse dentro del juicio o fuera de él, es decir judicial o extrajudicialmente.

d) La aseguradora / el Reasegurador no podrán realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del Asegurado; sin embargo, en caso de que el Asegurado rehusara aceptar el acuerdo propuesto en forma fehaciente por la aseguradora, la suma a pagar por la aseguradora por el siniestro en caso de sentencia o por posterior transacción, no podrá exceder el monto de la transacción inicialmente propuesta, incluyendo los gastos, costas e intereses devengados hasta la fecha de dicha propuesta inicial.

- Daños Extra patrimoniales:

100% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.

(a) Los Daños Extra patrimoniales en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza serán cubiertos siempre y cuando haya un Daño o Lesión Personal o Corporal imputado al Asegurado dictaminado única y exclusivamente por el fallo de un juez.

(b) Los pagos por Daños Extra patrimoniales serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo.

(c) El pago por tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

- Lucro Cesante: COP200.000.000 por evento / COP400.000.000 agregado anual, formando parte del limite asegurado y no en adición a este. Daños Financieros Puros (Lucro cesante) cuando sean consecuencia directa y exclusiva de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

- Reinstalación del Límite de Indemnización

(a) Reinstalaciones automáticas del Límite de Indemnización por pago de siniestros quedan a la entera discreción del asegurador.

(b) En caso de concederlas, el asegurador se reserva el derecho de obtener una prima adicional, la cual NO podrá ser mayor al 150% de la última prima pagada por el Asegurado.

- Extensión para la Denuncia de Reclamos - Dos (2) Años Máximo

(a) El Límite de Indemnización que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.

(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Límite de Indemnización o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

(c) El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

- Sin Pago de Prima Adicional

Si el Asegurador rechazase ofrecer términos y condiciones de renovación, la cobertura de esta póliza se podrá extender, automáticamente CON PAGO de prima adicional del 50%, durante un período de doce (12) meses siguientes a la fecha de vencimiento del período de seguro.

La oferta de renovación por parte del Asegurador de términos, condiciones, deducibles, sumas aseguradas diferentes a las que expiran no constituirá ni podrá ser entendido por el Asegurado como un rechazo del Asegurador a ofrecer renovación de la póliza.

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote el Límite de Indemnización contratado para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

- Con Pago de Prima Adicional

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

El Límite de Indemnización contratado en el último período de la póliza, es el mismo que regirá para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Límite de Indemnización acordado en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.

(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización de la presente cobertura.

(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.

(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso. El Asegurador considerará esta prima como devengada al 100%.

Cumplida las condiciones anteriores, el Asegurador:

" No podrá negarse a emitir el endoso.

" No podrá cancelarlo una vez emitido y pagado.

En caso que el Asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la compra del endoso, el Asegurador quedará liberado de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, a los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no comprar el endoso, o pierde el derecho para hacerlo, el Asegurador no será responsable y quedará liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

" Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada.

" Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso NO excederá los siguientes rangos de porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

(a) Un (1) año: Del 50% al 125%

(b) Dos (2) años: Del 75% al 150%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote el Límite de Indemnización contratado para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

- Extensión de la Cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica

La presente cobertura se extiende a amparar:

1. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos del personal médico auxiliar (por ejemplo: enfermeras, paramédicos, laboratoristas y asimilados), vinculados laboralmente con el Asegurado cuando estos trabajen para el Asegurado dentro de los predios aquí asegurados, o sean autorizados por el Asegurado a trabajar fuera de sus instalaciones mediante convenio especial realizado por escrito.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

Esta póliza se extiende a amparar estas personas individualmente, pero única y exclusivamente cuando sean demandados solidariamente con el Asegurado.

2. La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), provisionales, substitutos, temporales, contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

Esta póliza NO se extiende a amparar estas personas individualmente. Los Médicos deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

3. La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del Asegurado.

Esta póliza NO se extiende a amparar estas entidades individualmente, las cuales deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

4. La responsabilidad civil derivada de la posesión y/o el uso por o en nombre del Asegurado de aparatos con fines de diagnóstico o de terapéutica, con la condición de que dichos aparatos estén reconocidos por la ciencia médica y que el Asegurado realice los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones del(os) fabricante(s).

5. La responsabilidad civil del Asegurado como consecuencia de daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el Asegurado o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el Asegurado haya delegado mediante convenio especial, que sean necesarias para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.

- Cobertura en Exceso

Esta cobertura opera en EXCESO de las respectivas pólizas de RC Profesional para:

(a) Médicos individuales que se encuentren o no bajo relación laboral con el Asegurado, es decir, quienes sean Médicos empleados, no empleados, adscritos o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

(b) Entidades prestadoras de servicios a nombre del Asegurado, sean estas de propiedad o estén bajo el control del Asegurado o no.

(c) Además, si existe(n) otro(s) seguros que aplique(n) a un reclamo cubierto bajo esta póliza, queda entendido y acordado que esta póliza será considerada como seguro de EXCESO sobre la Límite de Indemnización de la(s) otra(s) póliza(s), la(s) cual(es) deberá(n) ser considerada(s) como póliza(s) primaria(s).

BENEFICIOS ADICIONALES

- Gastos Médicos:

2% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.

(a) Este amparo adicional comprende la provisión de primeros auxilios y los gastos inmediatos causados por servicios médicos prestados como consecuencia directa de ellos.

(b) El pago por Gastos Médicos podrá realizarse independientemente de si existe o no responsabilidad legal por parte del Asegurado.

(c) El pago de Gastos Médicos por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o ante terceros en los términos de esta cobertura.

(d) Los Gastos Médicos serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

(e) No se cubren los Gastos Médicos incurridos por el propio Asegurado.

- Cauciones:

2% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.

1. Se concede este Sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza.

2. Las Cauciones serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

3. El Asegurador no estará obligado a expedir dichas cauciones.

4. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

- Asistencia en Foro Penal

(a) En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos.

(b) Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura.

(c) Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración.

(d) Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

OTRAS CONDICIONES PARTICULARES

- Amparo automático para predios y nuevas operaciones con aviso no mayor a treinta (30) días.

- El Asegurado declara observar las prescripciones y reglamentos exigidos para el ejercicio de esta actividad, incluyendo pero no limitándose a lo estipulado por el Código de Ética Médica y el Código Civil de la República de Colombia.

- Modificaciones a favor del Asegurado.

- Revocación de la póliza en treinta (30) días.

- Texto de póliza a seguir a ser acordado entre el Asegurador y el Reasegurador.

SUJETO A:

(a) Recibo de copia completa de la póliza original reasegurada dentro de los treinta (30) días siguientes al inicio de vigencia de la cobertura.

(b) Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, dentro de los treinta (30) días siguientes al inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador/Reasegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos tres (3) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Reasegurador.

FECHA: 26 de julio del 2012.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

Esta cotización se mantendrá válida por un período de 30 días calendario contados a partir de la fecha de esta comunicación. La cobertura de reaseguro solo se podrá otorgar dentro de este período siempre y cuando se notifique por escrito al Reasegurador y el Reasegurador dé su acuerdo igualmente por escrito.

Esta cotización caducará automáticamente al transcurrir los 30 días de la validez de la oferta. El Reasegurador no estará obligado a comunicar la caducidad de la oferta.

- EXCLUSIONES -

En adición y/o complemento de las condiciones generales de la póliza se excluye:

Exclusiones de Responsabilidad Civil Profesional Médica

- "Actos médicos" realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental
- o cuando su utilización represente el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición,
- o cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y
- o cuya naturaleza y carácter de científico-experimental haya sido consignada fiel y claramente en el Consentimiento Informado realizado con el "paciente" y avalado con la firma de éste.

- Ensayos clínicos.
- Asegurado contra Asegurado.
- Contaminación del medio ambiente que no sea consecuencia directa de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.
- Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
- Daños por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, excepto cuando el sexo del paciente haya sido determinado incorrectamente al momento del nacimiento, por una enfermedad genética o por un defecto anatómico. En caso de requerirse una autorización judicial, esta será una condición previa a la realización del procedimiento.
- Daños genéticos, cualquiera que sea su causa u origen.
- La provocación intencional del daño (dolo) y/o culpa grave en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
- Actos de guerra internacional, guerra civil, rebelión, insurrección, sedición, motín, confiscación, guerrilla, terrorismo, huelga, lock out, tumulto popular, conmoción civil, vandalismo, malevolencia popular y sucesos de naturaleza similar.
- Reclamaciones derivadas de condenas de tutela o acciones similares en donde no se haya ventilado y establecido la responsabilidad del Asegurado.
- Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
- Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso o embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
- Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super obesidad y cuyo origen no sea puramente de tipo endocrínico. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente - por más de 18 meses sin éxito - salvo ocasiones cuyo riesgo de muerte justifique el no haber tenido tratamiento previo y cuando la técnica utilizada sea:
- " Derivación biliopancreática tipo scopinaro o switch duodenal; o
- " Gastrectomía vertical en manga (Sleeve); o
- " By-pass gástrico en Y de Roux; o
- " Banda gástrica ajustable.
- Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
- Reclamaciones por daños generados directa o indirectamente por contaminación de sangre cuando el Asegurado no hubiese cumplido con todas las normas y requisitos reconocidos y aceptados nacional e internacionalmente para la disposición y manejo de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.
- Reclamaciones por incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del Asegurado.
- Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
- Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
- Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
- Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil diferente a la provista por esta póliza.
- Reclamaciones por toda responsabilidad Civil y/o Penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención médica a una persona cuando tal decisión se base en su incapacidad para sufragar los costos de atención médica.
- Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas/formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exequatur en Colombia.
- Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
- Responsabilidad Civil Productos, propia e inherente a los fabricantes de los mismos.
- Responsabilidad Civil Cruzada.
- Todas las demás Exclusiones sujetas al texto de la póliza original acordada entre la Cedente y el Reasegurador.

Exclusiones de Responsabilidad Civil Extracontractual

- "Actos médicos" o "eventos" ocurridos fuera del país de domicilio del Asegurado, exceptuando Actos del Buen Samaritano.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

- "Daños materiales" y/o "lesiones personales" causados entre empleados o personal perteneciente al plantel del Asegurado.
- Actos mal intencionados de terceros.
- Asbestos, cualquiera que sea la causa u origen.
- Asegurado contra Asegurado.
- Carga y descarga de bienes fuera del local del Asegurado.
- Contaminación, cualquiera que fuese su causa u origen.
- Cualquier error en la interpretación o lectura electromagnética de datos.
- Culpa grave e inexcusable de la víctima.
- Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del Asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes de propiedad de terceros.
- Dolo o culpa grave el Asegurado.
- El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.
- El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la Responsabilidad Civil del Asegurado, o mediante los cuales el Asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
- El uso de armas de fuego.
- El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.
- Guerra y/o Guerra Civil, Terrorismo y Sabotaje.
- Hechos privados o familiares.
- Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.
- La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
- Pérdidas patrimoniales puras, incluyendo pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia directa de una lesión corporal o un daño a la propiedad amparado por esta póliza.
- Reclamaciones derivadas de condenas de tutela o acciones similares en donde no se haya ventilado y establecido la responsabilidad del Asegurado.
- Reclamaciones emergentes de multas o sanciones con carácter penal o administrativo como los daños punitivos y/o ejemplares.
- Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen, ya sea catalogada como tal bajo el derecho Penal o no.
- Reclamaciones por daños generados directa o indirectamente con el virus del tipo VIH (SIDA) o Hepatitis C, cualquiera que fuese su causa u origen.
- Reclamaciones por hechos ocurridos con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, si ésta última aplicase.
- Reclamaciones por incumplimiento al deber del secreto profesional.
- Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice cualquier resultado.
- Reclamaciones por reembolso de honorarios.
- Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil diferente a la provista por esta póliza.
- Reclamaciones por toda responsabilidad Civil y/o Penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención médica.
- Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas/formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas que se les conceda en Colombia el estado de Exequátur.
- Reclamaciones provenientes del la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehículos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aéreos, terrestres o acuáticos, y que se usen para realizar la actividad asegurada, así como los daños causados a los vehículos mismos, o a bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo "pacientes" del Asegurado. También incluye helipuertos.
- Responsabilidad Civil Contractual excedente de la legal.
- Responsabilidad Civil Cruzada.
- Responsabilidad Civil Productos, incluyendo como productos los cultivos bacteriológicos, exceptuando la derivada del suministro de alimentos y/o bebidas así como de materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el Asegurado, que sean necesarias en el tratamiento de pacientes y que estén directamente registrados ante la autoridad competente.
- Toda responsabilidad, relacionada con materiales de armas, combustibles o desechos nucleares, cualquiera que sea su causa y/u origen.
- Todas las demás Exclusiones sujetas al texto de la póliza original acordada entre la Cedente y el Reasegurador.

Cláusula de Cooperación y Manejo de Reclamos

No obstante cualquier disposición en contrario contenida en la Póliza correspondiente, es condición precedente de cualquier responsabilidad civil o bajo esta póliza que el Reasegurado reporte, según se disponga en las Condiciones Generales, los reclamos recibidos bajo las siguientes categorías independientemente de la posible responsabilidad del Asegurado bajo su póliza de seguros o de cualquier responsabilidad bajo este Contrato:

1. Muerte y/o daños corporales a más de una persona;

2. Daños corporales del siguiente tipo:

(a) Lesiones cerebrales que afecten funciones corporales

(b) Lesiones a la columna vertebral que resulten en parálisis total o parcial de las extremidades superiores y/o inferiores.

(c) Lesiones que resulten en desfiguramientos.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO COD. AGENCIA: 436 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-

TEXTO ITEM 1

(d) Lesiones por amputaciones o pérdida permanente del uso de las extremidades superiores y/o inferiores.
(e) Lesiones corporales que puedan resultar en pagos vitalicios.
(f) Lesiones que probablemente resulten en incapacidad permanente del 50% o más.
(g) Lesiones que probablemente excedan el 50% de la participación del Reasegurado.
Cuando sea requerido por escrito, el Reasegurado deberá permitir al Reasegurador o sus representantes la oportunidad de estar asociados con el Reasegurado, a costo del Reasegurador, en la defensa y ajuste de cualquier reclamo, demanda o procedimiento que envuelva este reaseguro, y el Reasegurado y el Reasegurador cooperarán en cada respecto en la defensa de dicho reclamo, su demanda o procedimiento. ESTE ACUERDO SOBRE RECLAMACIONES NO PERMITE NINGÚN TIPO DE PAGOS GRATUITOS O EXGRATIA.

Cláusula Compromisoria
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará a las reglas del ESE Hospital José María Hernández de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, en virtud de las siguientes disposiciones:
a) El Tribunal estará integrado por tres árbitros.
b) Los árbitros serán designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el ESE Hospital José María Hernández de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes.
c) La organización interna del Tribunal se sujetará a las reglas previstas para el efecto por el ESE Hospital José María Hernández de Conciliación escogido o determinado por las partes.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
4360481479

PÓLIZA No: 436 -88 - 994000000007 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO			COD. AGE: 436			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
25	07	2013	25	07	2013	23:59	25	07	2014	23:59	365	01	03	2021
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
						A LAS			A LAS			DÍAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO	RENOVACION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
			25	07	2013	23:59	25	07	2014	23:59	365
			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR		
NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1
DIRECCIÓN:	CALLE 14 NO. 7 - 26 AVENIDA SAN FRANCISCO	CIUDAD: MOCOA, PUTUMAYO
	BARRIO OBRERO	TELÉFONO: 4296057

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO		
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1
DIRECCIÓN:	CALLE 14 NO. 7 - 26 AVENIDA SAN FRANCISCO	CIUDAD: MOCOA, PUTUMAYO
	BARRIO OBRERO	TELÉFONO: 4296057
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS		
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: PUTUMAYO	CIUDAD: PUERTO ASIS
DIRECCION: CRA 19 # 10-10 B /ALLENDE		
ACTIVIDAD: HOSPITAL		
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,500,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,500,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,500,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,500,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,500,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,500,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA		1,500,000,000.00
DEDUCIBLES: 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		LIMITE POR EVENTO
		0.00
		0.00
		0.00
		0.00
		0.00
		0.00

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

RENOVACION VIGENCIA 2013 - 2014
TOMADOR: E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ
ASEGURADO: E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ
UBICACIÓN: =====

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****60,329,828	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****9,655,172	TOTAL A PAGAR: \$ *****70,000,000
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE MAYRA ALEJANDRA EGAS RODRIGUEZ	CLAVE 6523	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
			VALOR ASEGURADO	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000436048147

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

JCAICEDO 0

CADB26780A06F57B5E

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO**

COD. AGENCIA: **436**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

PUERTO ASIS, PUTUMAYO, COLOMBIA

COBERTURA:

=====

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, EN FORMA PROPORCIONAL, CUBRIENDO LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO COMO PROPIETARIO Y OPERADOR DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA CONOCIDA COMO EL HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.

BASE DE COBERTURA

=====

CLAIMS MADE: RC PROFESIONAL

OCURRENCIA: RC EXTRACONTRACTUAL

VIGENCIA:

=====

DESDE: 26 DE JULIO 2013 A LAS 00:00 HORAS, HASTA: 26 DE JULIO 2014, A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTÁNDAR.

LÍMITES GEOGRÁFICOS:

=====

REPÚBLICA DE COLOMBIA ÚNICAMENTE.

JURISDICCIÓN Y LEY:

=====

ESTE SEGURO SERÁ GOBERNADO E INTERPRETADO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. TODAS LAS PARTES ACUERDAN Y ACEPTAN EL SOMETERSE A LA JURISDICCIÓN Y LEYES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

BASE DE LA COBERTURA:

=====

CLAIMS MADE: RC PROFESIONAL MÉDICA.

OCURRENCIA: RC EXTRACONTRACTUAL.

PERÍODO DE DESCUBRIMIENTO:

=====

ACTOS PREVIOS: NINGUNO.

FECHA DE RETROACTIVIDAD: 26 DE JULIO DE 2012.

RIESGO CUBIERTO:

=====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCIÓN O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, POR CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISIÓN, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD.

- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCIÓN O MUERTE CAUSADA A CUALQUIER PERSONA, O PÉRDIDA O DAÑO A LAS PROPIEDADES TANGIBLES DE ÉSTA EN CONEXIÓN CON LAS OBLIGACIONES PROFESIONALES DEL ASEGURADO.

- RESPONSABILIDAD CIVIL DE EXPLOTACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

SE ENTIENDE POR TAL LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O CORPORALES A TERCEROS QUE PUEDA OCASIONAR EL ASEGURADO, YA SEA POR ACTOS PROPIOS, O EL PERSONAL POR EL CUAL LEGALMENTE SEA RESPONSABLE EN EL DESEMPEÑO DE SU LABOR PROFESIONAL, O DE LA ENTIDAD POR LA CUAL LEGALMENTE SEA RESPONSABLE EL ASEGURADO, O DE LOS OBJETOS QUE POSEAN PARA SU COMETIDO, INCLUSO POR INCENDIO O EXPLOSIÓN, INCLUYENDO TODAS LAS ACTIVIDADES QUE RAZONABLEMENTE HACEN PARTE DEL GIRO DEL ASEGURADO Y QUE SON INHERENTES Y ESPECÍFICAS A LAS FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL MISMO EN EL CURSO NORMAL DE SU NEGOCIO, SIEMPRE Y CUANDO TALES DAÑOS SE PRODUZCAN DENTRO DEL RECINTO Y PREDIOS DEL RIESGO CUBIERTO.

NOTA:

=====

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO**

COD. AGENCIA: **436**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

ESTA PÓLIZA SOLO PROVEE AMPARO BÁSICO PARA LA EXPOSICIÓN DE PLO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA. SE RECOMIENDA OBTENER UNA PÓLIZA ESPECÍFICA PARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL SI SE DESEAN MÁS COBERTURAS Y AMPAROS ADICIONALES.

- RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

SE ENTIENDE POR TAL LA OBLIGACIÓN POR LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS DE MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

ESTA PROTECCIÓN OPERA, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE, SOLO EN EXCESO DE LA RC PATRONAL LEGAL PROVISTA EN EL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO HASTA EL 2% DEL LÍMITE ASEGURADO POR PERSONA / 10% DEL LÍMITE ASEGURADO POR AÑO. EXCLUYE RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES Y DE ALTO COSTO.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO =====

EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PÓLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERÁ A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PÓLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACIÓN SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN: =====

LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO.

LÍMITE PARA CADA Y TODA OCURRENCIA O SERIE DE OCURRENCIAS ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL A SER COMPARTIDO POR TODOS LOS ASEGURADOS.

COP\$1.500.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

DEDUCIBLES: =====

RC NO PROFESIONAL: =====

5% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON UN MÍNIMO DE COP\$5.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO.

RC PROFESIONAL MÉDICA =====

5% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON MÍNIMO DE COP\$5.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO, OPERANDO EN EXCESO DE (A) LAS PROPIAS PÓLIZAS PRIMARIAS DE LOS MÉDICOS Y/O ENTIDADES QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, O (B) DE COP\$25.000.000 TODA Y CADA PÉRDIDA, CUALQUIERA DE (A) O (B) QUE SEA LA SUMA MAYOR QUE APLIQUE.

INCENTIVO =====

EN CASO DE QUE EL MÉDICO O LA INSTITUCIÓN QUE REALIZA EL ACTO MÉDICO CAUSANTE DEL RECLAMO TENGA UNA PÓLIZA DE RC PROFESIONAL MÉDICA VIGENTE, CON UN LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN IGUAL O MAYOR A COP\$25.000.000, EXPEDIDA POR UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS RECONOCIDA COMO TAL POR LAS AUTORIDADES LOCALES, SOLO APLICARÁ EL DEDUCIBLE DEL 5% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON UN MÍNIMO DE COP\$5.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO.

EL DEDUCIBLE CONVENIDO SE APLICARÁ A CADA RECLAMACIÓN PRESENTADA POR O CONTRA EL ASEGURADO CON INDEPENDENCIA DE LA CAUSA O LA RAZÓN DE SU PRESENTACIÓN, O DE LA EXISTENCIA DE UNA SENTENCIA EJECUTORIA O NO.

EL DEDUCIBLE APLICARÁ SOLO UNA VEZ EN CASO DEL MISMO RECLAMO AFECTAR VARIAS COBERTURAS.

EL DEDUCIBLE NO APLICARÁ A LOS BENEFICIOS ADICIONALES.

APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE PARA GASTOS DE DEFENSA:

- NO APLICA

SI EL ASEGURADO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMÚN ACUERDO POR EL ASEGURADOR Y EL REASEGURADOR.

- SI APLICA

SI EL ASEGURADO NO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMÚN ACUERDO POR EL ASEGURADOR Y EL REASEGURADOR.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

TÉRMINOS Y CONDICION ESPECÍFICAS

=====

- DEFINICIÓN DE SINIESTRO:

=====

TODO HECHO O ACTO U OMISIÓN CULPOSA IMPUTADA AL ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA, COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO, SI ESTE APLICASE, QUE HAYA OCASIONADO DAÑOS A LA SALUD O A LOS BIENES DE LA PERSONA.

- DEFINICIÓN DE RECLAMO:

=====

CUALQUIER NOTIFICACIÓN ESCRITA, POR VÍA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, SOLICITANDO COMPENSACIÓN EN FORMA MONETARIA POR PERJUICIOS OCASIONADOS O SUPUESTAMENTE OCASIONADOS, DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UNA ACCIÓN Y/U OMISIÓN DEL ASEGURADO EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS, HECHA POR UN TERCERO, Y RECIBIDA POR EL ASEGURADO / ASEGURADOR Y PRESENTADA AL ASEGURADOR / REASEGURADOR DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO, O DENTRO DEL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE ÚLTIMO APLICASE.

- AVISO DE RECLAMO

=====

EN EL EVENTO DE SER NOTIFICADO Y LLAMADO A CITACIÓN A LA DILIGENCIA DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL O DE RECIBIR UNA NOTIFICACIÓN DE DEMANDA, EL ASEGURADO DEBERÁ ENVIAR LA INFORMACIÓN AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DÍAS POSTERIORES A DICHAS NOTIFICACIONES. EL ASEGURADOR DEBERÁ ENVIAR LA INFORMACIÓN AL REASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DÍAS POSTERIORES A SU RECIBO POR PARTE DEL ASEGURADO.

- PLURALIDAD DE RECLAMOS:

=====

(A) LA INCLUSIÓN DE MÁS DE UN ASEGURADO EN UN MISMO RECLAMO, O LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR MÁS DE UNA PERSONA U ORGANIZACIÓN RESPECTO DE UN MISMO HECHO Y/O DAÑO, EN NINGÚN CASO SERVIRÁN PARA AUMENTAR EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR CADA OCURRENCIA.

(B) DOS O MÁS RECLAMOS ORIGINADOS POR LA MISMA CAUSA, O PROVENIENTES DEL MISMO ERROR U OMISIÓN, O DEL MISMO ACTO MÉDICO O SERIE DE ELLOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO UN SOLO RECLAMO.

(C) TODOS ESTOS RECLAMOS RELACIONADOS REFERIDOS EN EL NUMERAL (B), SIN IMPORTAR CUANDO SEAN ORIGINADOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO REALIZADOS EN LA FECHA EN LA CUAL EL PRIMER RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO.

(D) EN EL CASO DE UN TRATAMIENTO EXTENDIDO, CONTINUO, INTERMITENTE O REPETIDO CON EL ASEGURADO Y CUANDO NO HAYA UN ACUERDO SOBRE CUANDO UN SERVICIO PROFESIONAL QUE DE ORIGEN A UN RECLAMO SE HAYA PRESTADO INICIALMENTE, SE CONSIDERARÁ PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA QUE EL SERVICIO PROFESIONAL SE PRESTÓ EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMANTE CONSULTÓ POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO A CAUSA DE LOS SÍNTOMAS QUE DIERON ORIGEN AL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL ASEGURADO.

- COSTOS DEL PROCESO

=====

EL ASEGURADOR RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL ASEGURADO, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

1. SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DEL CONTRATO DE SEGURO;

2. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR, Y

3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE LA SUMA QUE, CONFORME A LOS ARTÍCULOS PERTINENTES DE ESTE TÍTULO, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR, ÉSTE SÓLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

GASTOS DE DEFENSA:

=====

100% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL

A) EL ASEGURADOR SOLO RECONOCERÁ POR HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

B) LOS GASTOS DE DEFENSA EN RELACIÓN A UN PROCESO JUDICIAL, ADMINISTRATIVO O ARBITRAL QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

C) SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN LA COBERTURA LAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES QUE CELEBRE EL ASEGURADO QUE TENGAN POR OBJETO CONCLUIR LAS DENUNCIAS O DEMANDAS FORMULADAS EN SU CONTRA, LAS QUE DEBERÁN CONTAR PREVIAMENTE CON LA CONFORMIDAD DEL ASEGURADOR Y DEL REASEGURADOR. ESTAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES PODRÁN HACERSE DENTRO DEL JUICIO O FUERA DE ÉL, ES DECIR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE.

D) LA ASEGURADORA / EL REASEGURADOR NO PODRÁN REALIZAR ACUERDOS CONCILIATORIOS CON LOS TERCEROS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FEHACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCIÓN, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCIÓN INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.

- DAÑOS EXTRA PATRIMONIALES:

=====

50% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO/AGREGADO ANUAL.

(A) LOS DAÑOS EXTRA PATRIMONIALES EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESIÓN PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(B) LOS PAGOS POR DAÑOS EXTRA PATRIMONIALES SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

(C) EL PAGO POR TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

- LUCRO CESANTE: COP200.000.000 POR EVENTO / COP400.000.000 AGREGADO ANUAL.

=====

DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN DAÑO FÍSICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.

- REINSTALACIÓN DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

=====

(A) REINSTALACIONES AUTOMÁTICAS DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR PAGO DE SINIESTROS QUEDAN A LA ENTERA DISCRECIÓN DEL REASEGURADOR.

(B) EN CASO DE CONCEDERLAS, EL REASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE OBTENER UNA PRIMA ADICIONAL, LA CUAL NO PODRÁ SER MAYOR AL 150% DE LA ÚLTIMA PRIMA PAGADA POR EL ASEGURADO.

- EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS - DOS (2) AÑOS MÁXIMO

=====

(A) EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN QUE ATENDERÁ A LA TOTALIDAD DE LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN DENTRO DEL PERÍODO DEL ENDOSO SERÁ LA SUMA EN VIGOR PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA NO RENOVADA.

(B) EL ENDOSO DEJARÁ DE SER OPERATIVO UNA VEZ SE AGOTE LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN O SE CUMPLA LA VIGENCIA DE SU PERÍODO, CUALQUIERA QUE OCURRA PRIMERO.

(C) EL DERECHO A OBTENER ESTE ENDOSO ESTÁ CONDICIONADO A LA NO RENOVACIÓN O CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR RAZONES DIFERENTES A LA CANCELACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA.

- SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL

=====

SI EL ASEGURADOR RECHAZASE OFRECER TÉRMINOS Y CONDICIONES DE RENOVACIÓN, LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA SE PODRÁ EXTENDER, AUTOMÁTICAMENTE Y SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL, DURANTE UN PERÍODO DE DOCE (12) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PERÍODO DE SEGURO.

LA OFERTA DE RENOVACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR DE TÉRMINOS, CONDICIONES, DEDUCIBLES, SUMAS ASEGURADAS DIFERENTES A LAS QUE EXPIRAN NO CONSTITUIRÁ NI PODRÁ SER ENTENDIDO POR EL ASEGURADO COMO UN RECHAZO DEL ASEGURADOR A OFRECER RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

EL ASEGURADOR MANTENDRÁ VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

- CON PAGO DE PRIMA ADICIONAL

=====

SI EL ASEGURADO DECIDE UNILATERALMENTE EL NO RENOVAR O RESCINDIR ESTA COBERTURA A SU VENCIMIENTO, EL ASEGURADO TENDRÁ EL DERECHO DE COMPRAR UN ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS POR UNA PRIMA ADICIONAL, Y BAJO LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO CUANDO EL CONTRATO SE RESCINDIERA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA POR EL ASEGURADO, HECHO QUE GENERARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO DEL ASEGURADO PARA LA COMPRA DE TAL ENDOSO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS DARÁ EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN CON POSTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE TAL PERÍODO Y CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EFECTO DE ESTA PÓLIZA.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS NO CAMBIARÁ LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERÁ EL PERÍODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRÁ PONER EN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADOR DICHOS RECLAMOS.

EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA PÓLIZA, ES EL MISMO QUE REGIRÁ PARA EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, ES DECIR, DICHO ENDOSO NO ALTERARÁ LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN ACORDADO EN LA PÓLIZA.

A FINES DE OBTENER EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS EL ASEGURADO DEBERÁ HACER LO SIGUIENTE:

- (A) SOMETER POR ESCRITO SU SOLICITUD AL ASEGURADOR.
- (B) ENVIAR DICHA SOLICITUD DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA.
- (C) DETERMINAR EL TÉRMINO DE TIEMPO DESEADO PARA LA EXTENSIÓN, YA SEA POR UN PERÍODO DE UNO (1) O DE DOS (2) AÑOS.
- (D) ABONAR AL CONTADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL ENDOSO. EL ASEGURADOR CONSIDERARÁ ESTA PRIMA COMO DEVENGADA AL 100%.

CUMPLIDA LAS CONDICIONES ANTERIORES, EL ASEGURADOR:

" NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ENDOSO.

" NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO Y PAGADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA COMPRA DEL ENDOSO, EL ASEGURADOR QUEDARÁ LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

IGUALMENTE, A LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTA POR NO COMPRAR EL ENDOSO, O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE Y QUEDARÁ LIBERADO PARA ATENDER CUALQUIER RECLAMO EFECTUADO POR TERCEROS:

" LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA NO RENOVADA.

" SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO.

A FINES DE CALCULAR LA PRIMA POR EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, EL ASEGURADOR UTILIZARÁ LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE REQUISICIÓN DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, EL PRECIO DEL ENDOSO NO EXCEDERÁ LOS SIGUIENTES RANGOS DE PORCENTAJES DE LA PRIMA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO:

- (A) UN (1) AÑO: DEL 50% AL 125%
- (B) DOS (2) AÑOS: DEL 75% AL 150%

EL ASEGURADOR MANTENDRÁ VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

- EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR:

1. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS DEL PERSONAL MÉDICO AUXILIAR (POR EJEMPLO: ENFERMERAS, PARAMÉDICOS, LABORATORISTAS Y ASIMILADOS), VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO CUANDO ESTOS TRABAJEN PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS AQUÍ ASEGURADOS, O SEAN AUTORIZADOS POR EL ASEGURADO A TRABAJAR FUERA DE SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL REALIZADO POR ESCRITO.

ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, PERO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SEAN DEMANDADOS SOLIDARIAMENTE CON EL ASEGURADO.

2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE PROFESIONALES MÉDICOS (MÉDICOS Y CIRUJANOS) EMPLEADOS, NO EMPLEADOS (ADSCRITOS), PROVISIONALES, SUBSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

ESTA PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE. LOS MÉDICOS DEBERÁN TENER SUS PROPIAS PÓLIZAS PARA SU PROTECCIÓN EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

ESTA PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS ENTIDADES INDIVIDUALMENTE, LAS CUALES DEBERÁN TENER SUS PROPIAS PÓLIZAS

PARA SU PROTECCIÓN EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

4. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESIÓN Y/O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL(OS) FABRICANTE(S).

5. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE DAÑOS CAUSADOS POR SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

COBERTURA EN EXCESO

=====

ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LAS RESPECTIVAS PÓLIZAS DE RC PROFESIONAL PARA:

(A) MÉDICOS INDIVIDUALES QUE SE ENCUENTREN O NO BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, ES DECIR, QUIENES SEAN MÉDICOS EMPLEADOS, NO EMPLEADOS, ADSCRITOS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

(B) ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO, SEAN ESTAS DE PROPIEDAD O ESTÉN BAJO EL CONTROL DEL ASEGURADO O NO.

(C) ADEMÁS, SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE ESTA PÓLIZA SERÁ CONSIDERADA COMO SEGURO DE EXCESO SOBRE LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN DE LA(S) OTRA(S) PÓLIZA(S), LA(S) CUAL(ES) DEBERÁ(N) SER CONSIDERADA(S) COMO PÓLIZA(S) PRIMARIA(S).

BENEFICIOS ADICIONALES

=====

- GASTOS MÉDICOS:

2% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

(A) ESTE AMPARO ADICIONAL COMPRENDE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS INMEDIATOS CAUSADOS POR SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ELLOS.

(B) EL PAGO POR GASTOS MÉDICOS PODRÁ REALIZARSE INDEPENDIENTEMENTE DE SI EXISTE O NO RESPONSABILIDAD LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

(C) EL PAGO DE GASTOS MÉDICOS POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARÁ LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE ÉSTE ANTE EL ASEGURADO O ANTE TERCEROS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA.

(D) LOS GASTOS MÉDICOS SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

(E) NO SE CUBREN LOS GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.

- CAUCIONES:

=====

2% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

1. SE CONCEDE ESTE SUBLÍMITE EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA.

2. LAS CAUCIONES SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

3. EL ASEGURADOR NO ESTARÁ OBLIGADO A EXPEDIR DICHAS CAUCIONES.

4. ESTE BENEFICIO ADICIONAL SE OTORGA SIN DEDUCIBLE.

- ASISTENCIA EN FORO PENAL

=====

(A) EN CASO DE ACCIÓN PENAL CONTRA EL ASEGURADO, EL ASEGURADOR PODRÁ COLABORAR PROPORCIONANDO AL ASEGURADO, PREVIO SU REQUERIMIENTO POR ESCRITO, ASESORAMIENTO JURÍDICO O DE PERITOS O DELEGADOS TÉCNICOS.

(B) ESTA COLABORACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARÁ LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE ÉSTE ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO**

COD. AGENCIA: **436**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

(C) ESTE ES UN BENEFICIO ADICIONAL BAJO LA DISCRECIÓN ABSOLUTA DEL ASEGURADOR; POR TANTO, ÉSTE PODRÁ DECIDIR UNILATERALMENTE EL COSTO Y/O TIEMPO DE SU COLABORACIÓN.

(D) ESTE BENEFICIO ADICIONAL SE OTORGA SIN DEDUCIBLE.

GENERALES =====

" AMPARO AUTOMÁTICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES CON AVISO NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.

" EL ASEGURADO DECLARA OBSERVAR LAS PRESCRIPCIONES Y REGLAMENTOS EXIGIDOS PARA EL EJERCICIO DE ESTA ACTIVIDAD, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LO ESTIPULADO POR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Y EL CÓDIGO CIVIL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

" MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO.

" REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA EN TREINTA (30) DÍAS.

" TEXTO DE PÓLIZA A SEGUIR A SER ACORDADO ENTRE EL ASEGURADOR Y EL REASEGURADOR.

SUJETO A:

(A) RECIBO DE COPIA COMPLETA DE LA PÓLIZA ORIGINAL REASEGURADA DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

(B) CONFIRMACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN SU MEMBRETE, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA COBERTURA, DE LA NO EXISTENCIA DE RECLAMOS Y/O INCIDENTES CONOCIDOS Y/O REPORTADOS (INCLUYENDO PETICIÓN Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS) O DE SITUACIÓN ALGUNA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA PÓLIZA EN EL FUTURO Y DIFERENTES DE LOS YA REPORTADOS AL ASEGURADOR/REASEGURADOR PARA SU EVALUACIÓN, ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS TRES (3) AÑOS HASTA LA FECHA DE CONFIRMACIÓN DE RESPALDO POR PARTE DEL REASEGURADOR.

EXCLUSIONES =====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:
=====

" "ACTOS MÉDICOS" REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL

" CUANDO SU UTILIZACIÓN REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN,

" CUYA APLICACIÓN HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y

" CUYA NATURALEZA Y CARÁCTER DE CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL "PACIENTE" Y AVALADO CON LA FIRMA DE ÉSTE.

" ENSAYOS CLÍNICOS.

" ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

" CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE QUE NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.

" DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO FÍSICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.

" DAÑOS POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, EXCEPTO CUANDO EL SEXO DEL PACIENTE HAYA SIDO DETERMINADO INCORRECTAMENTE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, POR UNA ENFERMEDAD GENÉTICA O POR UN DEFECTO ANATÓMICO. EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACIÓN JUDICIAL, ESTA SERÁ UNA CONDICIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

" DAÑOS GENÉTICOS, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA U ORIGEN.

" LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

" ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL, GUERRA CIVIL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, CONFISCACIÓN, GUERRILLA, TERRORISMO, HUELGA, LOCK OUT, TUMULTO POPULAR, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, MALEVOLENCIA POPULAR Y SUCESOS DE NATURALEZA SIMILAR.

" RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO**

COD. AGENCIA: **436**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" RECLAMACIONES POR SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO O EMBELLECIMIENTO POR RAZONES PURAMENTE ESTÉTICAS, INCLUYENDO LIPOSUCCIÓN O LIPOESCUPTURA, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

" RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER OBESIDAD Y CUYO ORIGEN NO SEA PURAMENTE DE TIPO ENDOCRINICO. DEBERÁ EXISTIR EL ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO MÉDICO INTEGRAL RECIENTE - POR MÁS DE 18 MESES SIN ÉXITO - SALVO OCASIONES CUYO RIESGO DE MUERTE JUSTIFIQUE EL NO HABER TENIDO TRATAMIENTO PREVIO Y CUANDO LA TÉCNICA UTILIZADA SEA:

" DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA TIPO SCOPINARO O SWITCH DUODENAL; O

" GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA (SLEEVE); O

" BY-PASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX; O

" BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE.

" RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

" RECLAMACIONES POR DAÑOS GENERADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS RECONOCIDOS Y ACEPTADOS NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICIÓN Y MANEJO DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

" RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

" RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELÉFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.

" RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

" RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA.

" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA A UNA PERSONA CUANDO TAL DECISIÓN SE BASE EN SU INCAPACIDAD PARA SUFRAGAR LOS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

" RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDE EL ESTADO DE EXEQUATUR EN COLOMBIA.

" RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, PROPIA E INHERENTE A LOS FABRICANTES DE LOS MISMOS.

" RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA.

" TODAS LAS DEMÁS EXCLUSIONES SUJETAS AL TEXTO DE LA PÓLIZA ORIGINAL ACORDADA ENTRE LA CEDENTE Y EL REASEGURADOR.

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

=====

" "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, EXCEPTUANDO ACTOS DEL BUEN SAMARITANO.

" "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE AL PLANTEL DEL ASEGURADO.

" ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS.

" ASBESTOS, CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA U ORIGEN.

" ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

" CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DEL LOCAL DEL ASEGURADO.

" CONTAMINACIÓN, CUALQUIERA QUE FUESE SU CAUSA U ORIGEN.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGENCIA: **436** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.679-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

- " CUALQUIER ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS.
- " CULPA GRAVE E INEXCUSABLE DE LA VÍCTIMA.
- " DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES DE PROPIEDAD DE TERCEROS.
- " DOLO O CULPA GRAVE EL ASEGURADO.
- " EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- " EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
- " EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- " EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS.
- " GUERRA Y/O GUERRA CIVIL, TERRORISMO Y SABOTAJE.
- " HECHOS PRIVADOS O FAMILIARES.
- " HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- " LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- " PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- " RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.
- " RECLAMACIONES EMERGENTES DE MULTAS O SANCIONES CON CARÁCTER PENAL O ADMINISTRATIVO COMO LOS DAÑOS PUNITIVOS Y/O EJEMPLARES.
- " RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- " RECLAMACIONES POR DAÑOS GENERADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DEL TIPO VIH (SIDA) O HEPATITIS C, CUALQUIERA QUE FUESE SU CAUSA U ORIGEN.
- " RECLAMACIONES POR HECHOS OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, SI ÉSTA ÚLTIMA APLICASE.
- " RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL.
- " RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE CUALQUIER RESULTADO.
- " RECLAMACIONES POR REEMBOLSO DE HONORARIOS.
- " RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA.
- " RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA.
- " RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS QUE SE LES CONCEDA EN COLOMBIA EL ESTADO DE EXEQUÁTUR.
- " RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y QUE SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O A BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO. TAMBIÉN INCLUYE HELIPUERTOS.
- " RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EXCEDENTE DE LA LEGAL.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000007 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.679-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, INCLUYENDO COMO PRODUCTOS LOS CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS, EXCEPTUANDO LA DERIVADA DEL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y/O BEBIDAS ASÍ COMO DE MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO, QUE SEAN NECESARIAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES Y QUE ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

" TODA RESPONSABILIDAD, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

" TODAS LAS DEMÁS EXCLUSIONES SUJETAS AL TEXTO DE LA PÓLIZA ORIGINAL ACORDADA ENTRE LA CEDENTE Y EL REASEGURADOR.

CLÁUSULA DE COOPERACIÓN Y MANEJO DE RECLAMOS

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO CONTENIDA EN LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE, ES CONDICIÓN PRECEDENTE DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD CIVIL O BAJO ESTA PÓLIZA QUE EL REASEGURADO REPORTE, SEGÚN SE DISPONGA EN LAS CONDICIONES GENERALES, LOS RECLAMOS RECIBIDOS BAJO LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS INDEPENDIENTEMENTE DE LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO BAJO SU PÓLIZA DE SEGUROS O DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD BAJO ESTE CONTRATO:

1. MUERTE Y/O DAÑOS CORPORALES A MÁS DE UNA PERSONA;

2. DAÑOS CORPORALES DEL SIGUIENTE TIPO:

(A) LESIONES CEREBRALES QUE AFECTEN FUNCIONES CORPORALES

(B) LESIONES A LA COLUMNA VERTEBRAL QUE RESULTEN EN PARÁLISIS TOTAL O PARCIAL DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES.

(C) LESIONES QUE RESULTEN EN DESFIGURAMIENTOS.

(D) LESIONES POR AMPUTACIONES O PÉRDIDA PERMANENTE DEL USO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES.

(E) LESIONES CORPORALES QUE PUEDAN RESULTAR EN PAGOS VITALICIOS.

(F) LESIONES QUE PROBABLEMENTE RESULTEN EN INCAPACIDAD PERMANENTE DEL 50% O MÁS.

(G) LESIONES QUE PROBABLEMENTE EXCEDAN EL 50% DE LA PARTICIPACIÓN DEL REASEGURADO.

CUANDO SEA REQUERIDO POR ESCRITO, EL REASEGURADO DEBERÁ PERMITIR AL REASEGURADOR O SUS REPRESENTANTES LA OPORTUNIDAD DE ESTAR ASOCIADOS CON EL REASEGURADO, A COSTO DEL REASEGURADOR, EN LA DEFENSA Y AJUSTE DE CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA O PROCEDIMIENTO QUE ENVUELVA ESTE REASEGURO, Y EL REASEGURADO Y EL REASEGURADOR COOPERARÁN EN CADA RESPECTO EN LA DEFENSA DE DICHO RECLAMO, SU DEMANDA O PROCEDIMIENTO. ESTE ACUERDO SOBRE RECLAMACIONES NO PERMITE NINGÚN TIPO DE PAGOS GRATUITOS O EXGRATIA.

CLÁUSULA DE JURISDICCIÓN LOCAL

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO CONTENIDA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO, QUEDA ACORDADO QUE LA INDEMNIDAD PREVISTA EN ESTE CONTRATO NO SE APLICARÁ A:

1. COMPENSACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS CON FALLOS PRONUNCIADOS POR CUALQUIER ENTE DIFERENTE DE UN JUZGADO COMPETENTE CON JURISDICCIÓN DENTRO DE LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA PÓLIZA.

2. COSTAS Y EXPENSAS DE LITIGIOS RECUPERADOS POR CUALQUIER DEMANDANTE ORIGINAL DE PARTE DEL REASEGURADO EN LOS QUE SE INCURRA DEBIDAMENTE Y NO SEAN RECUPERABLES EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA PÓLIZA.

3. LA INTENCIÓN DE ESTA CLÁUSULA ES QUE BAJO EL CONTRATO SÓLO SE INDEMNICE AL REASEGURADO DE CONFORMIDAD CON LAS PRÁCTICAS, CONDICIONES Y SENTENCIAS CONSUETUDINARIAS NORMALMENTE APLICADAS EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN EL CONTRATO.

CLÁUSULA DE ARBITRAJE

SOLUCIÓN DE DIFERENCIAS.

EN EL CASO DE ALGUNA DISPUTA, DESACUERDO, CONTROVERSIA O RECLAMO QUE SURJA EN VIRTUD DE CUALQUIER OBLIGACIÓN U OBLIGACIÓN RECLAMADA O EN RELACIÓN CON LA MISMA RESPECTO DE LAS DISPOSICIONES DEL PRESENTE CONTRATO, LA PARTE QUE TENGA LA INTENCIÓN DE SOLUCIONAR LA DISPUTA, DESACUERDO, CONTROVERSIA O RECLAMO DEBERÁ CURSAR A LA OTRA PARTE UNA NOTIFICACIÓN EN LA QUE ESTABLEZCA CLARAMENTE LAS CUESTIONES EN CONFLICTO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO**

COD. AGENCIA: **436**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000007** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.679-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

PARA SOLUCIONAR LA CONTROVERSI A PLANTEADA, PROVENGA ÉSTA DEL CONTRATO ARRIBA MENCIONADO O QUE SURJA CON RESPECTO A SU INTERPRETACIÓN O VALIDEZ, YA SEA ANTES O DESPUÉS DE SU VENCIMIENTO, CON CARÁCTER PREVIO A CUALQUIER OTRA ACCIÓN, LAS PARTES SE OBLIGAN, DURANTE QUINCE (15) DÍAS, A REALIZAR SUS MÁXIMOS ESFUERZOS PARA NEGOCIAR DE BUENA FE. SI LAS PARTES NO HUBIERAN RESUELTO LA DISPUTA DENTRO DE LOS 15 DÍAS DE LA NOTIFICACIÓN ORIGINAL DE LA CONTROVERSI A, CUALQUIERA DE ELLAS PODRÁ SOMETER TAL CUESTIÓN A ARBITRAJE DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS MÁS ABAJO A FIN DE OBTENER UNA DECISIÓN VINCULANTE RESPECTO DE LA MISMA.

ARBITRAJE.
=====

EL ARBITRAJE TENDRÁ COMIENZO EN UNA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE LO DEMANDE, FORMULADA POR UNA PARTE A LA OTRA, DENTRO DE UN RAZONABLE TIEMPO DESDE LA APARICIÓN DE LA DISPUTA. SI MÁS DE UN REASEGURADOR SE ENCONTRARA INVOLUCRADO EN LA DISPUTA, TODOS ELLOS SERÁN CONSIDERADOS COMO UNA PARTE A LOS EFECTOS DE ESTA CLÁUSULA, SIN QUE TAL ENTENDIMIENTO MODIFIQUE LA RESPONSABILIDAD PROPIA DE CADA REASEGURADOR, SEGÚN ÉSTE CONTRATO.

LA RESOLUCIÓN DE LA CONTROVERSI A DEBERÁ SER RESUELTA EN FORMA AMISTOSA, CON ARREGLO A LAS DISPOSICIONES, PARA LOS AMIGABLES COMPONEDORES Y AL REGLAMENTO DEL TRIBUNAL ARBITRAL DE LA BOLSA DE COMERCIO DE CIUDAD DE BOGOTÁ, REPÚBLICA DE COLOMBIA.

CADA PARTE DESIGNARÁ UN ÁRBITRO, DESIGNANDO EN ESTE ACTO, DE COMÚN ACUERDO, COMO ÁRBITRO TERCERO, AL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL ARBITRAL DE LA BOLSA DE COMERCIO DE CIUDAD DE COLOMBIA, REPÚBLICA DE COLOMBIA.

LOS ÁRBITROS DE LAS PARTES, DEBERÁN SER EJECUTIVOS ACTIVOS O RETIRADOS DE COMPAÑÍAS DE SEGUROS O REASEGUROS CON EXPERIENCIA E IDONEIDAD EN EL RAMO DE ESTE CONTRATO. NINGUNO DE LOS CITADOS DEBERÁ TENER INTERÉS PERSONAL EN EL RESULTADO DEL ARBITRAJE.

SI UNA DE LAS PARTES NO NOMBRA A SU ÁRBITRO DENTRO DE LAS TRES SEMANAS DESPUÉS DE HABER SIDO REQUERIDO POR ESCRITO POR LA OTRA PARTE, SERÁ DESIGNADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

EL ARBITRAJE TENDRÁ LUGAR EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, REPÚBLICA DE COLOMBIA. CADA PARTE SOMETERÁ SU POSICIÓN A LOS ÁRBITROS DENTRO DE LOS VEINTE (20) DÍAS DE CONSTITUIDO EL TRIBUNAL ARBITRAL O DENTRO DEL MAYOR PLAZO QUE AL EFECTO FIJE EL MISMO. LOS ÁRBITROS NO ESTARÁN OBLIGADOS A SEGUIR LAS FORMALIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS JUDICIALES O LAS REGLAS DE INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS UTILIZADAS EN TALES PROCEDIMIENTOS. EL TRIBUNAL ARBITRAL DICTARÁ SU FALLO TENIENDO EN CUENTA PARA ELLO EL SIGUIENTE ORDEN DE PRELACIÓN:

" LAS DISPOSICIONES DEL PRESENTE CONTRATO Y LA BUENA FE;

" LOS PRINCIPIOS DE REASEGURO Y LOS USOS Y COSTUMBRES UNIVERSALES;

" SUBSIDIARIAMENTE, LA LEY, ANTE LA AUSENCIA DE UNA NORMA PARTICULAR PACTADA ESPECÍFICAMENTE.

LA DECISIÓN SERÁ TOMADA POR MAYORÍA, Y SERÁ FIRME Y EJECUTABLE CONTRA AMBAS PARTES. EL LAUDO SE PRONUNCIARÁ TAMBIÉN SOBRE EL PAGO DE LOS GASTOS Y COSTOS DEL ARBITRAJE. SÓLO PODRÁ SER RECURRIDO POR NULIDAD EN CASO DE DOLO, ARBITRARIEDAD, ALEJAMIENTO EVIDENTE DEL REAL ESTADO DE COSAS SOMETIDO A SU CONSIDERACIÓN, DE LOS HECHOS PROBADOS CON RELACIÓN A LOS MISMOS, O DEL PROCEDIMIENTO PACTADO O DE LA LEY APLICABLE. LA DECISIÓN ARBITRAL ES CONDICIÓN PREVIA PARA CONCURRIR ANTE UN JUEZ.

CLÁUSULA COMPROMISORIA
=====

TODA CONTROVERSI A O DIFERENCIA RELATIVA A ESTE CONTRATO, SE RESOLVERÁ POR UN TRIBUNAL DE ARBITRAMIENTO, QUE SE SUJETARÁ A LAS REGLAS DEL ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ DE ARBITRAJE Y CONCILIACIÓN QUE LAS PARTES DETERMINEN DE COMÚN ACUERDO, EN VIRTUD DE LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES:

A) EL TRIBUNAL ESTARÁ INTEGRADO POR TRES ÁRBITROS.

B) LOS ÁRBITROS SERÁN DESIGNADOS POR LAS PARTES DE COMÚN ACUERDO. EN CASO DE QUE NO FUERE POSIBLE, LOS ÁRBITROS SERÁN DESIGNADOS POR EL ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ DE ARBITRAJE Y CONCILIACIÓN ACORDADO DE COMÚN ACUERDO ENTRE LAS PARTES.

C) LA ORGANIZACIÓN INTERNA DEL TRIBUNAL SE SUJETARÁ A LAS REGLAS PREVISTAS PARA EL EFECTO POR EL ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ DE CONCILIACIÓN ESCOGIDO O DETERMINADO POR LAS PARTES.

GARANTÍA DE PAGO DE PRIMAS:
=====

(A) LAS PRIMAS SERÁN PAGADERAS A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONSECUTIVOS AL INICIO DE LA VIGENCIA, PRIMAS A SER RECIBIDAS POR EL REASEGURADOR EN SUS OFICINAS.

(B) LA FALTA DE CUMPLIMIENTO CON ESTA CONDICIÓN CAUSARÁ LA CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE ESTE RESPALDO AL INICIO DE SU VIGENCIA.

CLIENTE

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS COBERTURA
BASE CLAIMS MADE
CONDICIONES GENERALES**

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ “LA ASEGURADORA”, INDEMNIZARÁ CON SUJECCIÓN A LOS TERMINOS, CONDICIONES Y LIMITES DE VALOR ASEGURADO CONSIGNADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA O EN SUS ANEXOS, EL DAÑO EMERGENTE DERIVADO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA IMPUTABLE A LOS MEDICOS, ENFERMERAS(OS) Y PERSONAL PARAMEDICO, VINCULADOS A LAS CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL ASEGURADO QUE DEBE CONSTAR POR ESCRITO, DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES AMPAROS CONSIGNADOS EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, SALVO LO DISPUESTO EN LA CONDICION 2 “EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODO EL CONTRATO”.

DE CONFORMIDAD CON EL ART. 4º. DE LA LEY 389 DE 1997, LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA AMPARADA EN ESTA PÓLIZA, SOLO SE APLICARA CON RESPECTO A RECLAMOS EFECTUADOS POR PRIMERA VEZ POR ESCRITO, POR O CONTRA EL ASEGURADO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, POR ACTOS, HECHOS U OMISIONES OCURRIDOS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE TERMINACIÓN DEL SEGURO, SIEMPRE QUE NO HAYAN SIDO PRESENTADAS LAS RECLAMACIONES O HAYAN TENIDO O DEBIDO TENER CONOCIMIENTO DEL EFECTO PRODUCIDO POR LOS ACTOS, HECHOS U OMISIONES DEL ASEGURADO ANTES DE LA ENTRADA EN VIGENCIA DE LA POLIZA.

EL SEGURO TIENE COMO OBJETO EL RESARCIMIENTO DE LA VÍCTIMA O SUS CAUSAHABIENTES, LOS CUALES SE CONSTITUYEN EN BENEFICIARIOS DEL SEGURO Y TIENEN ACCION DIRECTA PARA RECLAMAR LA INDEMNIZACION A LA ASEGURADORA, SIN PERJUICIO DE LAS PRESTACIONES QUE DEBA RECONOCER DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

1.1 AMPARO BASICO

1.1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL. ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA INSTITUCIONAL RESPECTO DEL DAÑO EMERGENTE POR LESIÓN O MUERTE OCASIONADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES Y OMISIONES EN EL ACTO MEDICO, DURANTE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO MEDICO EJECUTADO EN EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES QUE CORRESPONDAN A LA INSTITUCIÓN O AL PERSONAL AUXILIAR INTERVINIENTE SIEMPRE Y CUANDO HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE AUTORIZADOS.

1.1.2 TRANSPORTE EN AMBULANCIA. QUEDA IGUALMENTE CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL, RESPECTO DEL DAÑO EMERGENTE QUE PUEDAN SUFRIR LOS PACIENTES TRANSPORTADOS EN AMBULANCIAS EQUIPADAS Y HABILITADAS DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O ADMINISTRATIVAS VIGENTES, QUE SEAN DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO, O POR LAS QUE SEA LEGALMENTE RESPONSANBLE EN VIRTUD DE SU TENENCIA Y CONTROL PERMANENTES.

1.1.3 RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MÉDICO. ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS MATERIALES DERIVADOS DIRECTAMENTE DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN QUE INCURRA EL DIRECTOR MEDICO, POR ACTOS Y OMISIONES DE CARÁCTER MEDICO, MIENTRAS ESTÉ AL SERVICIO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

1.1.4 USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA. SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, DIFERENTES A LOS EQUIPOS ESPECIALES EXCLUIDOS EN EL NUMERAL 2.24 DE LA CONDICIÓN 2. EXCLUSIONES GENERALES, EN CUANTO DICHOS APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.

1.1.5 SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS: ESTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO ELABORADOS SEGÚN RECETA MÉDICA EN LA FARMACIA DEL ASEGURADO QUE GOCE DE LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL.

1.1.6 GASTOS DE DEFENSA. CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITE DE VALOR ASEGURADO CONSIGNADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS, QUE APODEREN AL ASEGURADO EN EL PROCESO PENAL Y/O CIVIL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL, QUE SE INICIE COMO CONSECUENCIA DE UN HECHO AMPARADO EN ESTA PÓLIZA.

ES CONDICION NECESARIA PARA QUE OPERE ESTE AMPARO QUE LOS APODERADOS DEL ASEGURADO, HAYAN SIDO PREVIAMENTE APROBADOS POR LA ASEGURADORA, Y QUE EL ASEGURADO NO AFRONTE EL PROCESO SIN LA APROBACIÓN DE LA ASEGURADORA.

EL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO COMPRENDE CUALQUIER SINIESTRO QUE DE ORIGEN A LA INICIACIÓN DE LA ACCION PENAL Y/O CIVIL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL, SIN IMPORTAR EL NUMERO DE VICTIMAS, LESIONADOS, QUERELLANTES O DEMANDANTES.

ESTE AMPARO OPERA POR REEMBOLSO Y ES INDEPENDIENTE DE LOS DEMÁS OTORGADOS POR ESTE SEGURO Y, POR CONSIGUIENTE, NINGUNA INDEMNIZACIÓN PUEDE SER INTERPRETADA COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA.

REQUISITOS PARA OBTENER LA INDEMNIZACIÓN DEL PRESENTE AMPARO.

EL INTERESADO (TOMADOR, ASEGURADO) DEBERÁ SUMINISTRAR LOS MEDIOS PROBATORIOS A SU ALCANCE, TALES COMO LOS SIGUIENTES:

- a. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
- b. CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DEL ASEGURADO, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.
- c. CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LA ACTUACIÓN SURTIDA CON PRESENCIA DEL ABOGADO.

PARAGRAFO.

COSTAS DEL PROCESO. ASI MISMO LA ASEGURADORA INDEMNIZARA LAS COSTAS DEL PROCESO QUE LA VÍCTIMA O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL ASEGURADO CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE HECHO DOLOSO O EXCLUIDO.

SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO EN CONTRARIO DE LA ORDEN EXPRESA DE LA ASEGURADORA.

SI LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A TERCEROS EXCEDEN EL LÍMITE ASEGURADO, LA ASEGURADORA SOLO RESPONDERÁ POR LAS COSTAS EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

EL LIMITE ASEGURADO PARA ESTA COBERTURA ES EXIGIBLE SIEMPRE Y CUANDO HAYA LUGAR A PAGO DE INDEMNIZACION BAJO LA PÓLIZA Y APLICABLE POR CADA SINIESTRO QUE DE ORIGEN A LA INICIACIÓN DE LA ACCION PENAL, CIVIL Y/O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL, SIN IMPORTAR EL NUMERO DE VICTIMAS, LESIONADOS, QUERELLANTES O DEMANDANTES.

1.2 AMPAROS OPCIONALES

MEDIANTE ACUERDO EXPRESO, CONSIGNADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA O SUS ANEXOS, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE VALOR ASEGURADO CONVENIDOS, LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ ADEMÁS, LOS PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS POR EL ASEGURADO POR:

1.2.1 AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES

POR EL PRESENTE AMPARO Y NO OBSTANTE LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 2.24 DE LA CONDICIÓN 2 EXCLUSIONES GENERALES, SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE:

- EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO. EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA.
- EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER). EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA. EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER.
- EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.

PARA LA ACEPTACIÓN DE ESTOS RIESGOS ESPECIALES ES NECESARIO.

- LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO EN LA SOLICITUD DE SEGURO.
- LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO DE MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS ASEGURADOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
- LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO DE EJERCER UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODO EL CONTRATO

LA ASEGURADORA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO SE PRESENTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:

2.1 DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

2.2 EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPEUTICA.

2.3 CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

2.4 TRATAMIENTOS, TERAPIAS O INDICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS, NO ACEPTADOS O NO APROBADOS POR LA CIENCIA MEDICA, LAS NORMAS LEGALES Y/O ENTIDADES QUE REGULEN LA MATERIA.

2.5 CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRURGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR LA PROCREACIÓN.

2.6 INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O SÍNDROME QUE ESTE RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.

2.7 VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL.

2.8 CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPEUTICO.

2.9 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE REALICEN CON EL OBJETO DE EFECTUAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO, EXCEPTO CUANDO EXISTA AUTORIZACIÓN JUDICIAL.

2.10 ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

2.11 CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR: RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.

2.12 DEFICIENCIA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS; USO DE EQUIPOS MÉDICOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA.

2.13 TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR.

2.14 TODA INFECCION O CONTAMINACION CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE EL ACTO SE HAYA REALIZADO POR UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DEL ASEGURADO Y CUMPLA CON LAS NORMAS VIGENTES QUE REGULEN LA MATERIA, CON PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSION 2.6 DE LA CONDICION 2 DE ESTA POLIZA.

2.15 CONTAGIO DE UNA ENFERMEDAD SALVO QUE SE TRANSMITA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA PRACTICA MEDICA. TRANSMISION DE UNA ENFERMEDAD O CONTAMINACION POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CELULAS, ORGANOS DE TRANSPLANTE, ETC.

2.16 LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.

2.17 RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

2.18 RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS.

2.19 RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MEDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCION ASEGURADA.

2.20 ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS, NI LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, ETC.

2.21 DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.

2.22 RESPONSABILIDAD PATRONAL

2.23 HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.

2.24 LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y. EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS.

2.25 ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNETICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO DE HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.

3 - DEFINICION DE TERMINOS

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO LAS EXPRESIONES O VOCABLOS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN, TENDRÁN EL SIGUIENTE SIGNIFICADO.

3.1 Tomador

Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro.

3.2 Asegurado

Es la institución y/o el profesional de la salud que por tener interés asegurable figura en la póliza como tal. Cuando el seguro abarque la responsabilidad civil de otras personas que no sean el tomador y/o asegurado, todas las disposiciones del contrato de seguros referente al tomador y/o asegurado se aplicarán análogamente a tales personas.

Corresponde al asegurado cumplir las obligaciones propias que se deriven del contrato de seguro.

3.3 Paciente

Persona que ha contratado los servicios de la institución asegurada o del médico; sujeto pasivo de la responsabilidad médica.

3.4 Responsabilidad Médica

es la que se deriva de la ejecución del servicio médico, acto médico o el diagnóstico, dentro de las normas de diligencia y cuidado que debe observar el profesional para preservar la vida, la salud, las buenas condiciones físicas y la integridad corporal del paciente.

3.5 Servicio Médico

es el conjunto de actividades realizadas por profesionales médicos, enfermeras y paramédicos con los que cuenta la institución asegurada, que permiten la valoración del estado de salud del paciente con fines de diagnóstico y/o terapéutica.

3.6 acto médico

Son aquellos en los cuales mediante la intervención del profesional médico se trata de obtener la curación o alivio del paciente. Pueden ser preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación.

Los preventivos hacen referencia a la recomendación de medidas para evitar la aparición de procesos patológicos. Los de diagnóstico consisten en la opinión del médico obtenida de la observación directa o de laboratorio del paciente.

Los terapéuticos se refieren a las diversas formas de tratamiento para la enfermedad.

Los de rehabilitación son el conjunto de medidas encaminadas a completar la terapéutica para reincorporar al paciente a su entorno personal y social.

3.7 Banco de Sangre

Es el responsable de la disposición de productos sanguíneos para la realización de los diferentes procedimientos médicos que se les prescriben a los pacientes en los servicios médicos. Es donde se lleva a cabo la recolección, conservación y distribución de la sangre y sus compuestos.

3.8 Beneficiarios

Es la persona que tiene derecho a recibir la prestación asegurada, ya sea el paciente o sus causahabientes designados por la ley, según sea el caso.

3.9 Perjuicios Materiales

Es la disminución específica, real y cierta del patrimonio del paciente afectado a consecuencia del daño ocasionado a la salud física del paciente por un acto médico amparado.

3.10 Costas del proceso

Erogaciones o desembolsos que el asegurado deba realizar con motivo del proceso penal y/o civil o incidente de reparación integral, cuando por sentencia judicial este obligado a sufragarlos.

3.11 Reclamación

es aquella formulada por escrito por primera vez, dentro de la vigencia de este seguro, por el asegurado o por el paciente afectado o sus causahabientes, al asegurado o a la aseguradora, por un hecho externo, accidental y súbito, ajeno a la voluntad del profesional del área de la salud, que ha producido una pérdida o daño imputable al asegurado por responsabilidad civil profesional derivada de un error u omisión en la ejecución del acto médico, ocurrido durante la fecha de efecto consignado en la carátula de la póliza.

3.12 Fecha de retroactividad

Es el lapso de tiempo previamente acordado con la aseguradora que inicia antes de la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza, o sea desde la fecha de retroactividad pactada y termina en la misma fecha que termina la cobertura o vigencia de la póliza.

3.13 Unidad de siniestro

Constituye un solo siniestro el conjunto de reclamaciones formuladas que se refieren a una misma o igual causa originaria, con independencia del número de afectados, reclamantes, reclamaciones formuladas o personas legalmente responsables.

4. CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO.

4.1 LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN ESTE SEGURO, LA CONSTITUYE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

4.2 CLAUSULAS DE GARANTIA

ESTE SEGURO SE OTORGA BAJO LAS SIGUIENTES GARANTÍAS QUE EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SE COMPROMETEN A CUMPLIR DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

4.2.1 CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.

4.2.2 LLEVAR ADECUADO REGISTRO DEL SERVICIO MEDICO PRESTADO, EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTORIOS EXTERNOS, LA INSTITUCIONAL ÚNICA Y EN LA HISTORIA CLÍNICA Y/O FICHA CLÍNICA DE CADA SERVICIO.

EN LA MISMA EL ASEGURADO DEBERÁ ANOTAR EN FORMA CONCISA, VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA, TODA SU ACTUACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBJETIVOS ACERCA DEL PACIENTE Y DE SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO ANAMNESIA, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EVOLUCIÓN, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA EN TODOS LOS CASOS.

4.2.3 MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL, Y EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.

4.2.4 VIGILAR QUE CADA HISTORIA CLÍNICA O FICHA DE CONSULTORIO, CONTenga UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE LA EXISTENCIA DE UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO ACTO MÉDICO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO DEL PACIENTE, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN CUANTO A LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y/O ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO. DICHO FORMULARIO DE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBERÁ TAMBIÉN ESTAR SUSCRITO POR EL O LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

4.2.5 MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO A LAS NORMAS APLICABLES Y MANTENER LOS EQUIPOS QUIRÚRGICOS, DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICA, EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO Y SEGUIR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA E INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE PARA SU USO.

4.2.6 EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SERVICIO MÉDICO.

4.3 REVOCACIÓN UNILATERAL

EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR CUALQUIERA DE LOS CONTRATANTES ASÍ:

POR LA ASEGURADORA MEDIANTE NOTICIA ESCRITA ENVIADA AL TOMADOR O ASEGURADO CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVÍO.

POR EL TOMADOR O ASEGURADO EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA A LA ASEGURADORA.

LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL TOMADOR O ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA; LA LIQUIDACIÓN DEL IMPORTE DE LA PRIMA NO DEVENGADA SE CALCULARÁ A PRORRATA DEL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO CUANDO SEA POR VOLUNTAD DE LA ASEGURADORA, Y A CORTO PLAZO POR VOLUNTAD DEL ASEGURADO.

PARÁGRAFO: LA PRIMA A CORTO PLAZO SERÁ EQUIVALENTE A LA PRIMA A PRORRATA DE LA VIGENCIA CORRIDA, MAS UN RECARGO DEL 10% SOBRE LA DIFERENCIA ENTRE DICHA PRIMA A PRORRATA Y LA ANUAL.

EN CASO DE QUE HAYA LUGAR A DEVOLUCIÓN DE PRIMAS NO DEVENGADAS, DICHA CIRCUNSTANCIA LE SERÁ INFORMADA AL TOMADOR.

4.4 OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

4.4.1 AVISO DEL SINIESTRO

AL OCURRIR CUALQUIER ACCIDENTE, PÉRDIDA O DAÑO, EL TOMADOR O ASEGURADO DEBERÁ DAR AVISO A LA ASEGURADORA INMEDIATAMENTE O A MÁS TARDAR DENTRO DEL TÉRMINO DE TRES (3) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

EL TOMADOR, O ASEGURADO DEBERÁ DAR AVISO A LA ASEGURADORA DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE TENGA CONOCIMIENTO DE CUALQUIER DEMANDA, PROCEDIMIENTO O DILIGENCIA, CARTA, RECLAMACIÓN, NOTIFICACIÓN O CITACIÓN, QUE SE RELACIONE CON CUALQUIER ACONTECIMIENTO QUE PUEDA DAR ORIGEN A UN SINIESTRO O RECLAMACIÓN DE ACUERDO CON LA PRESENTE PÓLIZA.

EN CASO DE ACTUACIONES JUDICIALES O POLICIVAS, DEBERÁ ASISTIR A LAS AUDIENCIAS Y JUICIOS A QUE HAYA LUGAR HACIENDO TODO LO QUE ESTÉ A SU ALCANCE PARA ATENDER LA DEFENSA DE SUS DERECHOS Y LOS INTERESES DE LA ASEGURADORA.

SI EL TOMADOR O ASEGURADO INCUMPLIEREN CUALQUIERA DE ESTAS OBLIGACIONES, LA ASEGURADORA PODRÁ DEDUCIR DE LA INDEMNIZACIÓN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

4.4.2 FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR EL ART. 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, RESPECTO A LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO DE ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO ASÍ COMO LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, SE PODRÁN UTILIZAR CUALQUIERA DE LOS MEDIOS PROBATORIOS PERMITIDOS POR LEY.

4.5 DERECHOS DE LA ASEGURADORA EN CASO DE SINIESTRO

CUANDO OCURRA UN SINIESTRO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, LA ASEGURADORA PODRÁ:

4.5.1 COLABORAR CON EL ASEGURADO PARA EVALUAR MÉDICA Y ECONÓMICAMENTE LOS DAÑOS CORPORALES SUFRIDOS POR EL PACIENTE, PARA DETERMINAR LA CAUSA Y SECUELAS DE LOS MISMOS, PARA LO CUAL PODRÁ DESIGNAR UNO O MÁS EXPERTOS, EXAMINAR LA PRUEBA INSTRUMENTAL Y REALIZAR LAS INDAGACIONES NECESARIAS

4.5.2 ATENDER LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS O JUDICIALES MOTIVADAS O RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO, CONSTITUIRS E EN PARTE EN EL PROCESO CIVIL, PENAL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL

4.5.3 PRACTICAR AUDITORIA MÉDICO-LEGAL DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA ASÍ COMO DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

LAS FACULTADES CONFERIDAS A LA ASEGURADORA POR ESTA CONDICIÓN PODRÁN SER EJERCIDAS POR ELLA EN CUALQUIER MOMENTO MIENTRAS EL ASEGURADO, EL PACIENTE O SUS CAUSAHABIENTES NO HAYAN RENUNCIADO A CUALQUIER RECLAMACIÓN.

EL SIMPLE EJERCICIO DE ESTAS FACULTADES, NO SIGNIFICA FORZOSAMENTE QUE CONTRAE OBLIGACIÓN PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, NI TAMPOCO DISMINUIRÁ SUS DERECHOS EMANADOS DE LAS CONDICIONES DE ÉSTA PÓLIZA O DE LOS QUE LA LEY LE CONFIERE.

10112010-1502-75-RC-36

4.6 DEDUCIBLE

ES EL PORCENTAJE O VALOR MÍNIMO DEL DAÑO INDEMNIZABLE QUE INVARIABLEMENTE SE DESCUENTA DEL PAGO DE CUALQUIER INDEMNIZACIÓN QUEDANDO A CARGO DEL TOMADOR O ASEGURADO, QUE SE ENCUENTRA PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS ANEXOS.

4.7 TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LA ASEGURADORA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN, DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO HAYAN DEMOSTRADO LA OCURRENCIA Y LA CUANTÍA DEL SINIESTRO.

4.8 PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

LA ASEGURADORA ESTÁ EXONERADA DE TODA RESPONSABILIDAD Y EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO PIERDEN TODO DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN EN CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CASOS:

SI EN CUALQUIER TIEMPO SE EMPLEAN MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS, PARA SUSTENTAR UNA RECLAMACIÓN O PARA DERIVAR BENEFICIO DE ESTE SEGURO.

CUANDO LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO A LA VÍCTIMA, DEBAN SER O HAYAN SIDO INDEMNIZADOS POR CUALQUIER OTRO MECANISMO LEGAL O CONTRACTUAL.

POR OMISIÓN MALICIOSA POR PARTE DEL ASEGURADO DE SU OBLIGACIÓN DE DECLARAR A LA ASEGURADORA CONJUNTAMENTE CON LA NOTICIA DEL SINIESTRO, LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE EL MISMO INTERÉS ASEGURADO Y CONTRA EL MISMO RIESGO.

POR RENUNCIA DEL ASEGURADO A SUS DERECHOS CONTRA TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO.

CUANDO EL ASEGURADO SIN QUE MEDIE AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ASEGURADORA OTORGADA POR ESCRITO, AFRENTE EL PROCESO, ASUMA OBLIGACIONES O EFECTÚE TRANSACCIONES O PAGOS A CUENTA DEL SINIESTRO.

4.9 REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA POR PAGO DE SINIESTRO

LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA NO PODRÁ EXCEDER DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO LOS LÍMITES DE RESPONSABILIDAD INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y POR VIGENCIA.

4.10 SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA ASEGURADORA SE SUBROGARÁ HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DEL ASEGURADO CONTRA EVENTUALES PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO, NO ASEGURADAS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA.

EL ASEGURADO NO PODRÁ RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO, EN CUYO CASO PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

4.11 PAGO DE LA PRIMA

EL PAGO DE LA PRIMA ES OBLIGACIÓN DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y DEBERÁ EFECTUARSE DENTRO DEL PLAZO PACTADO Y SEÑALADO COMO FECHA MÁXIMA DE PAGO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LOS ANEXOS O CERTIFICADOS EXPEDIDOS CON FUNDAMENTO EN EL SEGURO.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA ASEGURADORA A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

4.12 TERMINACIÓN DEL SEGURO

LA COBERTURA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA TERMINARÁ EN LOS SIGUIENTES CASOS: AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA.
AUTOMÁTICAMENTE AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.
POR REVOCACIÓN UNILATERAL

4.13 NOTIFICACIONES

CUALQUIER NOTIFICACIÓN QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO DEBERÁ CONSIGNARSE POR ESCRITO, SIN PERJUICIO DE LO DICHO EN LA CONDICIÓN 3.4.1 PARA EL AVISO DEL SINIESTRO, Y SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA MISMA LA CONSTANCIA DE SU ENVÍO POR CORREO RECOMENDADO O CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA DE LA OTRA PARTE, ASÍ COMO LA CONSTANCIA DE "RECIBIDO" CON LA FIRMA RESPECTIVA DE LA PARTE DESTINATARIA.

4.14 EXTENSIÓN TERRITORIAL

LOS AMPAROS OTORGADOS EN EL PRESENTE SEGURO OPERAN DENTRO DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y MEDIANTE CONVENIO EXPRESO EN OTROS PAÍSES.

4.15 LEGISLACIÓN APLICABLE

LA INTERPRETACIÓN Y APLICACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA SE DEBE REGIR POR LAS LEYES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

4.16 DOMICILIO.

SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS PROCEDIMENTALES, SE FIJA COMO DOMICILIO DE LA ASEGURADORA, LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

4.17 REDUCCIÓN DE LA PRIMA POR DISMINUCIÓN DEL RIESGO.

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO, EL ASEGURADOR DEBERÁ REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA, SEGÚN LA TARIFA CORRESPONDIENTE, POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE
CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS
CONDICIONES GENERALES**



ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, OTORGA LA PRESENTE COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, HASTA EL LÍMITE ASEGURADO ESTIPULADO PARA CADA AMPARO Y CON SUJECCIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

1.1.1 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

1.1.2 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A PACIENTES COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL PARAMÉDICO VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y ACTUANDO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS, MIENTRAS DICHOS PACIENTES ESTÉN SIENDO TRANSPORTADOS EN AMBULANCIAS EQUIPADAS Y HABILITADAS DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O ADMINISTRATIVAS VIGENTES, SIEMPRE QUE TALES AMBULANCIAS SEAN DE PROPIEDAD DE LA INSTITUCIÓN O ÉSTA DEBA LEGALMENTE RESPONDER POR ELLAS EN VIRTUD DE SU TENENCIA Y CONTROL PERMANENTES.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- 1.2.1 LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES Y QUE SE DERIVE DE LA PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS PREDIOS SE ENCUENTREN MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES.**

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

- 1.2.2 LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES Y QUE SE DERIVE DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, SIEMPRE Y CUANDO TALES APARATOS Y EQUIPOS SEAN DIFERENTES DE LOS EQUIPOS A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2.25 DE LA CONDICIÓN 2 “EXCLUSIONES GENERALES” Y, ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.**

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

- 1.2.3 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A RECETA MÉDICA, ELLA CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS Y, HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE LOS MEDICAMENTOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.**

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

- 1.2.4 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN, SIEMPRE Y CUANDO TALES COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES HAYAN SIDO ELABORADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA, Y LA INSTITUCIÓN CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS Y LOS HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.**

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL SUMINISTRO DE LAS COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

1.3 AMPAROS ADICIONALES

1.3.1 COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO

BAJO ESTE AMPARO SE OTORGA COBERTURA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA O LAS CONDICIONES PARTICULARES, POR LOS COSTOS Y GASTOS DE LOS PROCESOS CIVILES, PENALES Y/O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL ADELANTADOS EN SU CONTRA CON FUNDAMENTO EN UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA Y SIEMPRE Y CUANDO LA INSTITUCIÓN NO AFRONTE EL PROCESO SIN LA PREVIA APROBACIÓN DE ASEGURADORA SOLIDARIA, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1.3.1.1 HONORARIOS DE DEFENSA

SON LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADO QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y DEBERÁN SER PREVIAMENTE APROBADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA PARA QUE OPERE ESTE AMPARO.

LOS HONORARIOS DE DEFENSA TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA VINCULACIÓN FORMAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS EN EL RESPECTIVO PROCESO Y SE PAGARÁN EN FORMA PROPORCIONAL Y FRACCIONADA DE ACUERDO CON LAS ETAPAS QUE INVOLUCRE CADA TIPO DE PROCESO, A MEDIDA QUE EL ABOGADO QUE ADELANTE SU DEFENSA VAYA AVANZANDO EN LA GESTIÓN, EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE LA AUTORIZACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA. EN IDÉNTICA FORMA SE PROCEDERÁ EN RELACIÓN CON LA SEGUNDA INSTANCIA, SI LA HUBIERE.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SI LA RESPONSABILIDAD FUERE IMPUTADA A TÍTULO DE DOLO, LOS HONORARIOS DE DEFENSA SE PAGARÁN EXCLUSIVAMENTE POR REEMBOLSO, UNA VEZ DICTADO EL FALLO O TERMINADO EL PROCESO O PROCEDIMIENTO BIEN CON LA ABSOLUCIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, BIEN CON LA DETERMINACIÓN DE QUE LOS HECHOS POR LOS QUE SE LES CONDENA NO INVOLUCRAN UNA RESPONSABILIDAD DOLOSA O NO CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

CUALQUIER SUMA QUE SE DESEMBOLSE BAJO ESTE AMPARO ANTES DEL FALLO O TERMINACIÓN DEL PROCESO, REDUCIRÁ EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA Y NO PUEDE SER INTERPRETADA COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A ASEGURADORA SOLIDARIA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, **TALES COMO LAS SIGUIENTES:**

- A. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO CON EL ABOGADO
- B. CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.
- C. CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS CON PRESENCIA DEL ABOGADO.

1.3.1.2 COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

SON LOS COSTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES NECESARIAS COMO CONSECUENCIA DE RECLAMACIONES CUBIERTAS BAJO ESTA PÓLIZA.

ASEGURADORA SOLIDARIA NO ESTÁ OBLIGADA A OTORGAR LAS CAUCIONES COMO TAL, SINO A RECONOCER EL COSTO QUE SU CONSTITUCIÓN GENERA, EL CUAL SE PAGARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE SU AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

1.3.1.3 COSTAS DEL PROCESO

SERÁN LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CUANDO LA SENTENCIA HAYA SIDO DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

SI EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EXCEDE EL LÍMITE ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA SÓLO RESPONDERÁ POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

1.3.2 EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 “RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA”.

EL PRESENTE AMPARO OTORGA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES SE RIGE POR LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LÍMITES ASEGURADOS DEL ÚLTIMO PERÍODO DURANTE EL CUAL ESTUVO VIGENTE LA PÓLIZA, DE MANERA QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DENTRO DEL PERÍODO EXTENDIDO SE CONSIDERARÁ COMO PRESENTADA DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD QUE OPERA PARA ESTE PERÍODO EXTENDIDO SERÁ EL QUE CONTINÚE DISPONIBLE A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA. EL OTORGAMIENTO DE ESTE AMPARO NO SUPONE DE NINGUNA FORMA UN REINSTALAMIENTO DEL LÍMITE ASEGURADO.

ESTE AMPARO OPERARÁ POR SOLICITUD ESCRITA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS REALIZADA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, CON EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO. SIN EMBARGO, ESTA EXTENSIÓN NO PROCEDERÁ EN NINGÚN CASO CUANDOQUIERA QUE LA PÓLIZA HAYA TERMINADO AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA GARANTÍA A CARGO DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O POR MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, ASEGURADORA SOLIDARIA:

- A. NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.
- B. NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- C. MANTENDRÁ VIGENTE EL ANEXO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO EXTENDIDO OTORGADO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO DE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS NO CUMPLAN CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DE ESTE AMPARO, INCLUIDO EL TÉRMINO PREVISTO PARA ADQUIRIRLO Y EL PAGO DE LA PRIMA, ASEGURADORA SOLIDARIA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

1.4 AMPAROS CONTRATABLES MEDIANTE ACUERDO EXPRESO

1.4.1 AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

1.4.2 AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES

NO OBSTANTE LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 2.25 DE LA CONDICIÓN 2 “EXCLUSIONES GENERALES”, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES COMO RESULTADO DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE:

- EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO
- EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA
- EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER)
- EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA
- EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER
- EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY

PARA QUE SE OTORQUE ESTE AMPARO ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

- A. INCLUYAN LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO
 - B. MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES
 - C. EJERZAN UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD
- ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

1.4.3 AMPARO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A RECETA MÉDICA Y,

ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS.

1.4.4 AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES CAUSADOS POR MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL AMPARO 1.4.2 Y NO ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL AMPARO 1.2.2 Y/O PERSONAL DE APOYO DE LA INSTITUCIÓN, QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, SIEMPRE Y CUANDO LOS PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DERIVADA DEL USO DE SUS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES Y NO ESPECIALES Y/O PERSONAL DE APOYO POR PARTE DE MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES.

1.4.5 AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS COSTOS DE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS INCURRIDOS DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS EN LA ATENCIÓN DE LAS LESIONES PERSONALES CAUSADAS A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA.

SE EXCLUYEN DEL PRESENTE AMPARO LOS COSTOS DE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS PRESTADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

CUALQUIER SUMA QUE SE DESEMBOLSE BAJO ESTE AMPARO REDUCIRÁ EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA Y NO PUEDE SER INTERPRETADA COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

2. EXCLUSIONES

SE EXCLUYEN DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA LAS RECLAMACIONES QUE TENGAN ORIGEN O SE DERIVEN DE:

2.1 DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

2.2 EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.

- 2.3 CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS, TRATAMIENTOS, TERAPIAS O INDICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS, NO ACEPTADOS O NO APROBADOS POR LA CIENCIA MÉDICA, LAS NORMAS LEGALES Y/O LAS ENTIDADES QUE REGULEN LA MATERIA.
- 2.5 CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR LA PROCREACIÓN.
- 2.6 INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
- 2.7 VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL.
- 2.8 CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
- 2.9 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE REALICEN CON EL OBJETO DE EFECTUAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO, EXCEPTO CUANDO EXISTA AUTORIZACIÓN JUDICIAL.
- 2.10 ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.11 CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
- 2.12 DEFICIENCIA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS SIN HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA YA SEA QUE ÉSTA HAYA SIDO SUSPENDIDA, REVOCADA O QUE HAYA EXPIRADO Y NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y, USO DE EQUIPOS MÉDICOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.
- 2.13 TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.14 TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 2.6 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES QUE REGULEN LA MATERIA, CON PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO
- 2.15 CONTAGIO DE UNA ENFERMEDAD, SALVO QUE SE TRANSMITA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA PRÁCTICA MÉDICA SIEMPRE Y CUANDO EN LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS NO TUVIERAN, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, DE QUE SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD IMPEDIRÍA A UN PROFESIONAL RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE PRESTAR SERVICIOS Y/O REALIZAR TRATAMIENTOS A SUS PACIENTES. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.
- 2.16 LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.
- 2.17 RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA.
- 2.18 FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.
- 2.19 RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA ASÍ COMO DEL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
- 2.20 RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

- 2.21 ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, ETC.
- 2.22 DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.23 RESPONSABILIDAD PATRONAL: ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL.
- 2.24 HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.
- 2.25 LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS.
- 2.26 ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO DE HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.
- 2.27 DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.28 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.
- 2.29 DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 2.30 FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.
- 2.31 MULTAS Y PENALIDADES, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.
- 2.32 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJE CON EXPLOSIVOS.
- 2.33 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y YA SEA CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY O NO.
- 2.34 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL AMPARO 1.1.2.
- 2.35 DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.36 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
- 2.37 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.38 RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
- 2.39 DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE

TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

- 2.40 CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.**
- 2.41 USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.**
- 2.42 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.**
- 2.43 HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.**
- 2.44 HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AÚN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS. SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**
- 2.45 ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.**
- 2.46 CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS**

3. GARANTÍAS

SO PENA DE QUE EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE DÉ POR TERMINADO DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS GARANTIZAN:

- 3.1 QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO TORNARÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.**
- 3.2 QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:**
 - a) APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN NO.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, ASÍ COMO LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.**
 - b) IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS**

DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNÉSIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.

- c) VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL(ES) INTERVINIENTE(S).
- d) MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
- e) CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD).

- 3.3 EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.
- 3.4 ENTREGAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.5 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.6 COOPERAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.
- 3.7 PRESTAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.
- 3.8 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIMEN NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLES TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERAN.
- 3.9 PERMITIR A ASEGURADORA SOLIDARIA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.
- 3.10 NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.
- 3.11 CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN

REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.

3.12 MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.

3.13 DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:

- a) **QUE ACORDARÁN CON ASEGURADORA SOLIDARIA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.**
- b) **QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A ASEGURADORA SOLIDARIA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.**
- c) **QUE CUMPLIRÁN EN FORMA FEHACIENTE, DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS POSTERIORES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS CON PRIORIDAD INMEDIATA.**
- d) **QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO.**

4. LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

- A. **PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO A RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO DE QUE HABRÍAN DE SER INICIADAS EN SU CONTRA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA. DE OTORGARSE LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES DESCRITA EN EL NUMERAL 1.3.2., SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**
- B. **PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**

5. LÍMITE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA OPERA EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS ADELANTADAS EN EL TERRITORIO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

A. LÍMITE POR EVENTO

LA RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA DERIVADA DE UN MISMO SINIESTRO NO EXCEDERÁ EL LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO FIJADO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN

MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO.

ASÍ MISMO, CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO QUE SE ENCUENTREN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA O SITUACIÓN SE CONSIDERARÁN UN MISMO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO.

ESTAS MISMAS REGLAS APLICARÁN RESPECTO DE LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO LOS CUALES ESTARÁN SUJETOS A UN ÚNICO SUBLÍMITE POR EVENTO.

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE ASEGURADORA SOLIDARIA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA NO EXCEDERÁ EL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INCLUSO EN CASO DE QUE SE HAYA CONTRATADO EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, E INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES.

EL LÍMITE AGREGADO SE REDUCIRÁ EN LA SUMA DE LOS MONTOS DE LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS DURANTE LA VIGENCIA Y, ASEGURADORA SOLIDARIA NO ESTARÁ OBLIGADA, EN NINGÚN CASO, A PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA UNA VEZ ÉSTE HAYA SIDO AGOTADO.

7. DEDUCIBLE

ASEGURADORA SOLIDARIA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LA CARÁTULA O LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA. PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

8. UNIDAD DE EVENTO

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS Y/O TODAS LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE SE ENCUENTREN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA O SITUACIÓN SE CONSIDERARÁN UN MISMO EVENTO.

PARA LOS EFECTOS DE LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA LA RECLAMACIÓN DE UNA PÉRDIDA SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR PRIMERA VEZ POR LA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADO EN LA FECHA EN QUE ÉSTE HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES, SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. CUANDO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS HAYAN DADO AVISO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN, SI TAL RECLAMACIÓN LLEGARE EFECTIVAMENTE A FORMULARSE CONTRA LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR ÉSTA EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN QUE FUE DADO EL AVISO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.

9. DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

LA INSTITUCIÓN TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

10. CONSERVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y LA INSTITUCIÓN TOMADORA ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA CUALQUIER MODIFICACIÓN EN EL RIESGO ASEGURADO EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PERO SÓLO LA MALA FE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS O DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA DARÁ DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

11. OBLIGACIONES EN CASO DE RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O DE TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PODRÍA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA

A. LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN DAR NOTICIA A ASEGURADORA SOLIDARIA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LA HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PODRÍA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA, COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.

B. OCURRIDA UNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA BAJO ESTA PÓLIZA, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA, ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO.

C. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANSTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA, Y DEBERÁN MANTENER A ASEGURADORA SOLIDARIA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.

D. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A ASEGURADORA SOLIDARIA LA INFORMACIÓN RELATIVA A LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO, LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS, LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO, LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO, LOS DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS, SOPORTES CONTABLES Y TRIBUTARIOS Y PRUEBAS QUE SEAN PROCEDENTES E IDÓNEAS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

E. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS NO PODRÁN ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES OBLIGACIONES FACULTARÁ A ASEGURADORA SOLIDARIA PARA REDUCIR LA INDEMNIZACIÓN EN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE FUEREN OCASIONADOS.

12. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y LOS BENEFICIARIOS PERDERÁN TODO DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN DERIVADA DE LA PRESENTE PÓLIZA CUANDO:

A. EMPLEEN MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O PRUEBAS FALSAS PARA SUSTENTAR UNA RECLAMACIÓN O PARA DERIVAR ALGÚN BENEFICIO DE ESTA PÓLIZA.

B. OMITAN DECLARAR LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE EL MISMO INTERÉS ASEGURADO Y EL MISMO RIESGO.

C. RENUNCIEN AL DERECHO CONTRA TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

13. DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS

ASEGURADORA SOLIDARIA, PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA FORMULADA EN SU CONTRA SEGÚN SE INDICA EN EL AMPARO 1.3.1, SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEN ORIGEN A LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O EXCLUIDOS DE ELLA.

SI ASEGURADORA SOLIDARIA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN REEMBOLSAR A LA ASEGURADORA LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS.

ASEGURADORA SOLIDARIA SÓLO PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS QUE PREVIAMENTE HAYA AUTORIZADO POR ESCRITO, NO OBSTANTE, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS QUEDAN AUTORIZADOS PARA REALIZAR LOS GASTOS RAZONABLES QUE FUEREN NECESARIOS PARA PROTEGER EVIDENCIA O RESGUARDAR SU POSICIÓN FRENTE A EVENTUALES RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS, SI POR LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTEN LOS HECHOS NO FUERE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO DE LA ASEGURADORA DE MANERA OPORTUNA. SERÁ OBLIGACIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y NO DE ASEGURADORA SOLIDARIA ASUMIR LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA.

LA ASEGURADORA TENDRÁ EL DERECHO DE NOMBRAR EN CUALQUIER MOMENTO UN AJUSTADOR, UN REPRESENTANTE O UN ABOGADO Y DE HACER LAS INVESTIGACIONES QUE CONSIDERE NECESARIAS. DE LA MISMA MANERA, TENDRÁ EL DERECHO, EN CUALQUIER MOMENTO, DE ENCARGARSE Y DE DIRIGIR, EN NOMBRE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, LA DEFENSA Y LAS NEGOCIACIONES TENDIENTES A OBTENER UNA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN DE LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS, O A FORMULAR EN NOMBRE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y EN SU PROPIO BENEFICIO, DEMANDA DE RECONVENCIÓN O LLAMAMIENTO EN GARANTÍA CON EL FIN DE OBTENER COMPENSACIÓN POR PARTE DE TERCEROS.

ASEGURADORA SOLIDARIA NO CONCILIARÁ NI TRANSIGIRÁ RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA ALGUNA SIN EL CONSENTIMIENTO DE LA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADO. SIN EMBARGO, SI ÉSTE SE REHÚSA A PRESTAR COLABORACIÓN EN RELACIÓN CON UNA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN SUGERIDA POR ASEGURADORA SOLIDARIA, LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA NO EXCEDERÁ DEL IMPORTE DE LA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN PROPUESTA, MÁS LOS COSTOS Y GASTOS INCURRIDOS HASTA LA FECHA DE LA NO ACEPTACIÓN DE SU PROPUESTA POR PARTE DE LA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADO.

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO ASEGURADORA SOLIDARIA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTOS EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS PUEDAN NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

EN CUALQUIER MOMENTO, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ PAGAR EL LÍMITE ASEGURADO O EL REMANENTE APLICABLE DEL MISMO O CUALQUIER MONTO INFERIOR POR EL QUE SE PUEDA ACORDAR EXTRAJUDICIALMENTE CUALQUIER RECLAMACIÓN O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA QUE SE PRESENTE BAJO ESTA PÓLIZA. REALIZADO EL ANTERIOR PAGO, LA ASEGURADORA ABANDONARÁ EL CONTROL DE LA RECLAMACIÓN O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA Y NO ASUMIRÁ NINGÚN TIPO DE RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON LAS MISMAS.

14. DISTRIBUCIÓN

EN EL EVENTO DE QUE EN UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA UNA PARTE RESULTE CUBIERTA POR ELLA Y OTRA PARTE NO, ASEGURADORA SOLIDARIA INDEMNIZARÁ SOLAMENTE LA PARTE CUBIERTA. CUANDO FUEREN VARIOS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS INVOLUCRADOS EN UN PROCESO, LA INSTITUCIÓN TOMADORA DETERMINARÁ CÓMO DEBE DISTRIBUIRSE ENTRE ELLOS EL LÍMITE ASEGURADO PARA LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO.

15. AUDITORÍA E INSPECCIÓN

EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA ASEGURADORA SOLIDARIA TENDRÁ EL DERECHO DE INSPECCIONAR LAS INSTALACIONES Y OPERACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS –INCLUIDA LA REVISIÓN DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTO Y MANTENIMIENTO, LAS POLÍTICAS Y PROTOCOLOS OPERACIONALES Y SIMILARES- CON EL FIN DE VERIFICAR QUE AQUELLOS MANTENGAN UN NIVEL ADECUADO DE SUPERVISIÓN DEL RIESGO Y DE PREVENCIÓN DE SINIESTROS.

ASÍ MISMO, LA ASEGURADORA TENDRÁ EL DERECHO DE PRACTICAR AUDITORÍAS MÉDICO-LEGALES DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y DE AQUELLA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DE PACIENTES, DE LAS PRÁCTICAS MÉDICAS INSTITUCIONALES Y DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ TAMBIÉN EXAMINAR Y AUDITAR LOS LIBROS Y EXPEDIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, EN TODO AQUELLO QUE SE RELACIONE CON ESTE SEGURO, EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA EXPIRACIÓN DE LA MISMA.

16. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

TANTO LA INSTITUCIÓN TOMADORA COMO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, A PETICIÓN DE LA ASEGURADORA, DEBERÁN HACER TODO LO QUE ESTÉ A SU ALCANCE PARA PERMITIRLE EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DERIVADOS DE LA SUBROGACIÓN Y SERÁN RESPONSABLES DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACARREARE A ASEGURADORA SOLIDARIA SU FALTA DE DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN. EN TODO CASO, SI SU CONDUCTA ES DE MALA FE, PERDERÁN EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA PODRÁ REPETIR CONTRA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EL IMPORTE DE LAS INDEMNIZACIONES QUE HAYA DEBIDO SATISFACER COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE LA ACCIÓN DIRECTA POR PARTE DEL PERJUDICADO O SUS DERECHOHABIENTES, CUANDO SE DESCUBRA QUE EL DAÑO O PERJUICIO CAUSADO AL TERCERO SE DEBIÓ A CONDUCTAS DOLOSAS O EXCLUIDAS DE LA COBERTURA POR PARTE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

17. PAGO DEL SINIESTRO

ASEGURADORA SOLIDARIA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, CON SUJECCIÓN A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

18. FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

PARA SUSCRIBIR ESTA PÓLIZA ASEGURADORA SOLIDARIA SE HA BASADO EN LA INFORMACIÓN Y LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LOS CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS, LOS ESTADOS FINANCIEROS Y DEMÁS INFORMACIÓN ENTREGADA Y SOMETIDA AL CONOCIMIENTO DE LA ASEGURADORA PARA ESE FIN. DICHAS DECLARACIONES CONSTITUYEN LA BASE DE LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, Y POR TANTO, SE CONSIDERAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA.

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO Y/O EN LOS CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS ENTREGADOS POR LA INSTITUCIÓN TOMADORA SERÁN CONSIDERADAS INDEPENDIENTES PARA CADA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADOS, DE MANERA QUE NINGUNA AFIRMACIÓN O SITUACIÓN QUE ALGUNO DE ELLOS DECLARE CONOCER SERÁ IMPUTADA A NINGUNA OTRA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADOS A EFECTOS DE DETERMINAR SI EXISTE O NO COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA.

19. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EN CASO DE QUE HAYA LUGAR A DEVOLUCIÓN DE PRIMAS NO DEVENGADAS, DICHA CIRCUNSTANCIA LE SERÁ INFORMADA AL TOMADOR.

20. PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE. PARA SOLICITAR SU RENOVACIÓN, LA INSTITUCIÓN TOMADORA DEBERÁ PROPORCIONAR A ASEGURADORA SOLIDARIA, POR LO MENOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA PÓLIZA, LA SOLICITUD DE SEGURO JUNTO CON LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA. CON BASE EN EL ESTUDIO DE ESTA INFORMACIÓN, LA ASEGURADORA DETERMINARÁ LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA NUEVA VIGENCIA.

21. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD Y DIRECCIÓN INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

22. LEGISLACIÓN SUPLETORIA

EN AQUELLOS ASPECTOS QUE NO SE ENCUENTREN REGULADOS POR ESTA PÓLIZA, SE APLICARÁN LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

23. REDUCCIÓN DE LA PRIMA POR DISMINUCIÓN DEL RIESGO.

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO, EL ASEGURADOR DEBERÁ REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA, SEGÚN LA TARIFA CORRESPONDIENTE, POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

24. DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza y siempre que aparezcan en negrilla, bien en singular o en plural, los términos que se relacionan a continuación tendrán el siguiente alcance y significado:

- **Clínicas, hospitales y centros de salud asegurados (institución):** son los establecimientos médicos asistenciales declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en la carátula de la póliza.
Se consideran también asegurados los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe de cuerpo médico), o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales funciones médico-administrativas.
Son asegurados también bajo la presente póliza los miembros de comités establecidos por las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados para desarrollar labores tales como la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover la calidad de los servicios médicos prestados por la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales labores solicitadas por los comités.
- **No son asegurados** bajo esta póliza los profesionales de la salud, bien sean internos, externos, residentes, voluntarios, temporales, empleados, contratados o en relación de dependencia o no con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, por ningún acto médico que presten o dejen de prestar a cualquier paciente dentro o fuera de la institución asegurada.
- **Institución tomadora:** es la persona jurídica que se designa en la carátula de esta póliza.

- **Beneficiario:** dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
- **Tercero:** es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
- Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:
 - ✓ Las personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
 - ✓ Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
 - ✓ Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes
 - ✓ Las personas vinculadas con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados mediante contrato de aprendizaje y/o de prestación de servicios.
- **Paciente:** es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.
- **Acto Médico:** es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico-paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del **paciente**.
- **Hecho Dañino:** es el hecho generador de **daños materiales** o **lesiones corporales**.
- **Daño Material:** es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- **Lesión Corporal:** es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- **Reclamación:** es:
 - A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
 - B. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de un Proceso Judicial Civil o Penal en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
 - C. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- **Pretensión Indemnizatoria:** es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.
- **Período de retroactividad/retroactividad:** es el período transcurrido con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente póliza, el cual delimita la fecha en que deben haber ocurrido los actos médicos que dan origen a la reclamación para que ésta goce de cobertura bajo el presente seguro. Si los actos médicos que dan origen a la reclamación ocurren con anterioridad a la fecha límite de retroactividad prevista en esta póliza, ésta no estará cubierta por este seguro.

Señores
JUZGADO 1 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
Mocoa

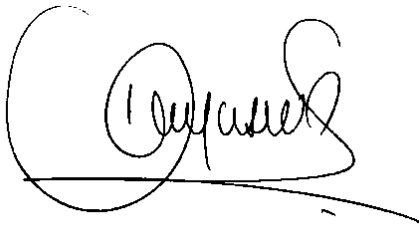
Referencia:	RADICADO:	202000029
	DEMANDANTE.	MERCEDES CABEZAS MURCIA
	DEMANDADO.	E.S.E HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ
	LLAMADO EN	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C
	GARANTIA.	

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **38.264.817** de **Ibague**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su nombre, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

Cordialmente,



MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA
C. C. No. **38.264.817** de **Ibague**
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C. C. No. 19.395.114 de
T. P. No. 39116

NEI10321 2021/02/26

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6297290143739902

Generado el 05 de mayo de 2021 a las 11:57:15

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NATURALEZA JURÍDICA: Entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 0064 del 18 de enero de 1985 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS UCONAL LIMITADA.

Escritura Pública No 3098 del 31 de julio de 1989 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL SOCIEDAD COOPERATIVA LTDA.

Escritura Pública No 4201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL.

Escritura Pública No 3296 del 16 de noviembre de 1993 de la Notaría 41 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA "SOLIDARIA"

Escritura Pública No 1628 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal será en Bogotá D.C.

Escritura Pública No 420 del 09 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Es una institución auxiliar del cooperativismo, de carácter Nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada, de número de ley, con patrimonio variable e ilimitado.

Escritura Pública No 01779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de SOLIDARIA es Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, sin perjuicio de constituir Agencias y Sucursales dentro y fuera del país, modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2402 del 30 de junio de 1988

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO. Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6297290143739902

Generado el 05 de mayo de 2021 a las 11:57:15

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.). REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 2013092496 del 21 de octubre de 2013)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Carlos Arturo Guzmán Peláez Fecha de inicio del cargo: 11/10/2013	CC - 16608605	Presidente Ejecutivo
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 11/10/2013	CC - 79152694	Representante Legal
José Iván Bonilla Pérez Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019	CC - 79520827	Representante Legal
Nancy Leandra Velasquez Rodriguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Maria Yasmith Hernández Montoya Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 38264817	Representante Legal Judicial
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Manejo, Vidrios, Terremoto, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Sustracción y Cooperativo de vida

Resolución S.B. No 1335 del 29 de abril de 1993 Responsabilidad civil

Resolución S.B. No 868 del 09 de mayo de 1994 Cumplimiento

Resolución S.B. No 1893 del 02 de septiembre de 1994 Transporte

Resolución S.B. No 2565 del 23 de noviembre de 1994 Montaje y rotura de maquinaria, Todo riesgo contratista, Accidentes personales

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6297290143739902

Generado el 05 de mayo de 2021 a las 11:57:15

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Resolución S.B. No 2127 del 01 de octubre de 1998 Salud

Resolución S.B. No 636 del 13 de junio de 2002 Exequias

Resolución S.B. No 1067 del 19 de septiembre de 2002 Enfermedades de Alto Costo

Resolución S.B. No 1408 del 09 de diciembre de 2002 cancela el ramo de SOAT

Resolución S.B. No 230 del 11 de marzo de 2003 Vida grupo

Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante

Resolución S.F.C. No 1458 del 30 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa para operar el ramo de seguros de Enfermedades de alto costo

Resolución S.F.C. No 1194 del 28 de junio de 2013 Seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT

Resolución S.F.C. No 1577 del 23 de agosto de 2013 autorizado para operar el ramo de Seguro de Desempleo

Resolución S.F.C. No 0842 del 03 de julio de 2019 autoriza para operar el ramo de seguro de Navegación y Casco



**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL (E)**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."