

Señor

JUEZ NOVENO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI

E.

S.

D.

MEDIO DE CONTROL: REPARACION DIRECTA

RADICACIÓN: 2019-00-190-00

DEMANDANTE: ELIZABETH REYES LOZANO Y OTROS

DEMANDADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E. Y OTROS

ACTO PROCESAL: CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y EXCEPCIONES.

JORGE GERMÁN PUENTE CORAL, mayor de edad, domiciliado y residente en el Municipio de Cali, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.466.076, expedida en Cali, Abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 161994 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado del **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E DE PALMIRA**, de acuerdo al poder conferido por el Doctor **JOHN JAIRO SATIZABAL MENA**, en su condición de Gerente, comparezco ante su despacho dentro del término legal oportuno para dar contestación a la demanda y presentar excepciones de mérito en el asunto de la referencia, el cual realizo según mandato e instrucciones de mi poderdante en los siguientes términos:

I. POSICIÓN FRENTE A LOS HECHOS FACTICOS DE LA DEMANDA

FRENTE A HECHO 2.1: Es parcialmente cierto. Respecto a las condiciones civiles de nacimiento de los mencionados, es cierto, toda vez que se deduce de los documentos aportados, sin embargo respecto a la convivencia entre **ELIZABETH REYES LOZANO** y el Señor **ANIBAL ARIAS** no me consta, dicha condición civil deberá someterse al rigor de la prueba.

FRENTE AL HECHO 2.2: Es cierto, se deduce del documento referente al historial clínico de la señora Elizabeth Reyes Lozano.

FRENTE AL HECHO 2.3: No me consta, sin embargo según datos consignados en la Historia Clínica de la señora Reyes Lozano correspondiente al 13 de Junio de 2017, se puede observar la siguiente Nota Operatoria: Operación-Cirugía Programada "HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL MAS SDJ IZQUIERDO MAQS LIBERACAIÓN DE ADHERENCIAS. Desde la operación en el mismo orden que se realizó: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES INCISIÓN MEDIA POR PLANOS, SE RETIRA LA INCISIÓN ANTERIOR POR PLANOS, SE RETIRA UTERO Y ANEXO IZQUIERDO SE COPULIZA SE PERITONIZA HEMOSTASIA CIERRE HASTA LA PIEL."

FRENTE AL HECHO 2.4: Es parcialmente cierto, en cuanto a que la Señora Elizabeth Reyes Lozano regresó a cita de control el 22 de Julio 2017, sin embargo en cuanto a los síntomas de salida de orina por la vagina y usar pañales de ninguna manera se pueden interpretar que son la causa de un mal procedimiento médico, como se explicará más adelante, esta clase de intervenciones quirúrgicas se caracterizan por tener un alto grado de presentar complicaciones postquirúrgicas, sin embargo, para el momento del primer, control no

existían síntomas de alarma que se pudiesen interpretar como complicaciones en el procedimiento quirúrgico.

FRENTE AL HECHO 2.5: Es parcialmente cierto. En este punto es importante mencionar que ocho días antes, es decir el 22 de Junio de 2017, el médico tratante le prescribió Oxibutinina, medicamento idóneo que inicialmente debe aplicarse para una patología como la presentada en la paciente. Ahora bien posterior a la cita de control, en la valoración postquirúrgica realizada ocho (8) días después y ante la persistencia de salida de orina, se le ordenó continuar con manejo de Oxibutinina y se solicitó valoración prioritaria por especialidad en Urología, además de la toma de exámenes como urocultivo, y hemodinamia, con el fin de establecer más claramente las causas de la salida de orina por vagina.

Una vez obtenido el concepto de la especialidad en urología y conocido el resultado de una cistoscopia realizada en la apaciente, se evidenció la existencia de una fistula vesico vaginal, ante lo cual se inició manejo adecuado de manera inmediata.

FRENTE AL HECHO 2.6: No le consta a mi representado, en razón a que las intervenciones quirúrgicas y exámenes realizados en la paciente con el objeto de Corrección de Fístula y Reparación de Ureter, son hechos propios del Hospital Universitario del Valle, que en nada se relacionan con mi Representado; Sin embargo dada la complejidad médica es importante hacer las siguientes apreciaciones, según información consignada en la Historia Clínica correspondiente al Hospital Universitario del Valle de fecha 14 de Mayo de 2018, como resultado de la realización de una Urografía Excretora realizada el 7 de Septiembre de 2017 en la misma entidad, arrojó un problema de riñón conocido el mundo médico como una Hidroureteronefrosis derecha grado tres (3), pero es muy importante manifestar al Despacho que este último hallazgo en nada se relaciona con el proceso de corrección de la Fístula o que se interprete como una complicación derivada de la cirugía inicial, tal hallazgo y contrario a lo dicho por el Demandante fue un descubrimiento agregado descubierto por parte de los profesionales en la Salud del Hospital Universitario del Valle, pero que de ninguna manera pudo ser a causa de las intervenciones realizadas en el Hospital Raúl Orejuela Bueno, las dos patologías se diferencian una de la otra que la fistula que hoy se controvierte se encuentra ubicada en la pared posterior lateral izquierda de la vejiga, mientras que la hidroureteronefrosis derecha grado tres se encuentra al lado derecho del riñón.

FRENTE AL HECHO 2.7: No le consta a mí Representado, toda vez que es un hecho ajeno e independiente al Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE y no hay documento que lo sustente.

FRENTE AL HECHO 2.8: No le consta a mí Representado, toda vez que la práctica y resultado de dicha cirugía son la causa de los procedimientos efectuados en el Hospital Universitario del Valle y no en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE.

FRENTE AL HECHO 2.9.- No me consta, en razón a que los procedimientos médicos realizados en las fechas mencionadas, se realizaron en el Hospital Universitario del Valle, por tanto, no tienen relación alguna con mi representado, sin embargo, de la información contenida en la Historia Clínica de la señora Reyes, podemos opinar lo siguiente: El Abogado afirma que asistió a una consulta el 16 de Mayo 2019, sin embargo, es

importante precisar que dicha consulta se realizó en el Hospital Universitario del Valle por la especialidad de urología.

En la misma Historia Clínica se logra evidenciar que en dicha institución retiran la sonda, encuentran salida de escape escaso de orina y resuelven volver a incorporar una nueva sonda y programan nueva cita de control en 15 días.

FRENTE AL HECHO 3.0.- No me consta, las condiciones de salud actuales de la paciente, deberán ser comprobadas y ratificadas dentro del ejercicio de la etapa probatoria.

FRENTE AL HECHO 3.1.- No es cierto. En cuanto a la norma constitucional citada y conceptos existentes frente al caso, no son hechos propiamente dichos, sino posiciones jurídicas y fundamentos de derecho que no pertenecen a los sucesos o narraciones cronológicas del caso. En cuanto a lo afirmado respecto al comportamiento irregular de mi representado por un supuesto mal proceder no es cierto, toda vez que, en el caso médico de la señora Reyes y como se demostrará en el curso del proceso, mi representado actuó con plena diligencia, con la aplicación de todos los protocolos médicos del caso, con la utilización de todo el material y equipo médico idóneo, empleando las mejores técnicas médicas para logra el mejor resultado en la paciente, comentando desde luego que esta clase de cirugías se catalogan dentro de las llamadas cirugías mayores, las cuales por su complejidad tienen un alto porcentaje de riesgo en su práctica, por ello antes de la realización del procedimiento, el personal médico informó y dio a conocer de las posibles complicaciones, como prueba de ello, le permito aportar el documento de consentimiento informado suscrito por la Señora Reyes el día 13 de Junio de 2017.

FRENTE AL HECHO 3.2.- No me consta.- Lo manifestado por el apoderado son apreciaciones subjetivas que deberán ser objeto de prueba.

FRENTE AL HECHO 3.3.- No es cierto.- Ni siquiera por indicios existe la posibilidad de la presencia de una relación de causalidad entre la conducta del personal médico a cargo de mi representado, con los supuestos daños ocasionados a los hoy demandantes.

FRENTE AL HECHO 3.4.- No es un hecho, se trata de las condiciones otorgadas al apoderado para actuar dentro del presente debate judicial.

II. POSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me permito manifestar en nombre de la institución que represento en esta instancia judicial, que me opongo a que se declaren favorablemente todas y cada una de las pretensiones formuladas por la parte demandante, en cuanto a cómo se demostrará en el proceso se desvirtuará los supuestos de hecho y de derecho que soporta la presunta responsabilidad de mi Representado.

Debo advertir que la tasación de perjuicios realizada por el Abogado de la Parte Demandante derivada de la supuesta indemnización de perjuicios, carecen de todo soporte o prueba que efectivamente demuestren, los mismos carecen de fundamento en razón a que no logra determinar con claridad el nexo de causalidad entre las atenciones medicas dadas a la paciente y el daño sufrido y en lo que respecta a la Unión Marital de hecho, es claro que se desconoce su estado actual.

En cuanto a las condiciones de dependencia económica del núcleo familiar de la demandante, también carece de prueba máxime cuando ni siquiera se conoce las condiciones laborales e ingresos de la Señora Reyes Lozano, lo que hace imposible determinar de manera pecuniaria las presuntas indemnizaciones que por este concepto deprecia y que no se ajustan a los mandatos constitucionales ni legales propios del caso.

La constitucionalización de los daños ha hecho que estos se transformen y se ajusten a las nuevas perspectivas y desarrollos de la sociedad para el restablecimiento patrimonial y/o espiritual, más NO para el enriquecimiento injusto e ilegítimo del afectado; Es por eso que el Principio de Reparación Integral consagrado en el Artículo 16 de la Ley 446 de 1998, establece una justa y correcta medición del daño ocasionado, de tal forma que opere su resarcimiento o indemnización plena, SIN que ello suponga un enriquecimiento injustificado.

El Consejo de Estado ha ido evolucionando y cambiando los conceptos del Daño, de tal manera que del simple daño fisiológico pasó al de daño a la vida de relación, para luego acoger el de Alteración grave a las condiciones de existencia, el cual fue desechado por el de Daño a la Salud concepto vigente en la jurisprudencia colombiana.

El actual perjuicio inmaterial indemnizable a parte del Daño Moral, o de cualquier otro bien, derecho o interés legítimo constitucional, jurídicamente tutelado que no esté comprendido dentro del concepto de "daño corporal o afectación al integridad psicofísica" es el Daño a la Salud, el cual surgió de la necesidad de reconocer un perjuicio más objetivo, que este dotado de claridad y, por lo tanto, que garantice en mayor medida el postulado de la igualdad de indemnizaciones frente a un mismo o similar daño. El Consejo de Estado afirmó que el "Daño a la Salud" se denomina como aquel que resulta de una lesión corporal, es un daño biológico que tiene repercusiones en otras áreas del individuo de talante externo, como son la esfera social, psicológica, sexual, familiar, en fin todo aquello que sea consecuencia de dicha lesión siempre y cuando se demuestre dentro del proceso.

Al enmarcar los perjuicios sicofísicos en el concepto de Daño a la Salud, el Consejo de Estado Sección Tercera siguió el camino que ha venido trazando desde hace más de dos décadas evolucionando en la doctrina de la reparación al perjuicio inmaterial existente en el Derecho Administrativo Colombiano. Esta unificación evita el subjetivismo judicial que conlleva al enriquecimiento sin causa de las víctimas, eliminando la multiplicidad de categorías indemnizatorias asegurando indemnizaciones más respetuosas del derecho a la igualdad.

Es así como el 14 de septiembre del año 2011, el Consejo de Estado Sección Tercera en Sala Plena, en expediente 19031 y 38222 adoptó y expuso la tesis del "Daño a la Salud" con el fin de sistematizar el tema de la indemnización por daños inmateriales que se veía disperso y daba oportunidad para múltiples indemnizaciones por el mismo hecho generador de los perjuicios. De otra parte es evidente que este pronunciamiento tiene como finalidad la unificación jurisprudencial del tema del daño inmaterial por su importancia jurídica, económica y social en los términos de los artículos 270 y 271 de la Ley 1437 de 2011 por ser un tema complejo desde la doctrina, la normatividad, costoso para el Estado y con gran impacto social especialmente en las víctimas a la hora de ser

compensados "integralmente" por un hecho dañoso desplegado por la Administración Pública.

En otros términos, esta Sentencia reconoció la importancia de limitar la dispersión que venía operando en materia de la tipología del daño inmaterial en Colombia, para fijar un esquema de reparación que atienda al restablecimiento de los principales derechos que se ven afectados con el daño antijurídico. En ese sentido, se catalogó a la salud como un derecho fundamental que cuenta con reconocimiento autónomo y cuya finalidad es servir de contenedor de categorías del daño inmaterial, en aras de evitar la dispersión de varias nociones abiertas que hacían compleja la aplicación efectiva del principio de igualdad y de reparación integral (v.gr. daño a la vida de relación o la alteración a las condiciones de existencia)

En conclusión en Colombia el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias que afecten la estructura del derecho de daños y la estabilidad presupuestal que soporta un efectivo sistema de responsabilidad patrimonial del Estado, motivo por el cual cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado "daño a la salud o fisiológico", sin que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones.

Por lo anteriormente expuesto solicito al honorable operador judicial, ajustar las pretensiones formuladas por la parte demandante en caso de una eventual condena, lo que no significa que se estén aceptando como ciertos los hechos demandados, pero que es importante mencionar toda vez que, como se puede observar dichas pretensiones son a todas luces temerarias, desmesuradas y excedidas en todo su contexto, sin que se ajusten a los nuevos parámetros jurisprudenciales expuestos anteriormente.

III. FUNDAMENTOS Y RAZONES DE LA DEFENSA

De los documentos aportados en la demanda, específicamente en la historia clínica de la paciente, se pueden concluir los siguientes aspectos:

La actuación del Hospital tiene como característica el sobrepasar los niveles de diligencia y cuidado, brindando atención integral a los pacientes.

El Hospital Raul Orejuela Bueno E.S.E, en todos los casos procura conservar la integridad y salud de los pacientes, así como realizar los procedimientos médicos conforme a la disponibilidad y posibilidad organizacional siempre de manera diligentemente.

En el caso en concreto el Hospital Raúl Orjuela Bueno E.S.E practicó a la señora Elizabeth Reyes Lozano, una Histerectomía Total y Liberación de Adherencias, utilizando para ello todas las herramientas tecnológicas y profesionales disponibles conforme a su nivel II de atención asistencial, poniendo en práctica todos los criterios médicos necesarios para conservar la salud, integridad física y vida de la Paciente.

La Corte Constitucional en Sentencia T-091 de 2011 M.P Luis Ernesto Vargas Silva Exp T-2826867, ha desarrollado el principio de **Protección Integral de la Salud**, mediante el cual resulta de imperativo cumplimiento para las entidades prestadoras del servicio de salud, brindar todas las prestaciones necesarias para conjurar determinada condición de salud, lo que ha de suponer un acceso oportuno, eficiente y de calidad. Por ende y como se demostrará la prestación del servicio de salud que el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, brindó a la Señora Elizabeth Reyes Lozano fue **oportuna** debido a que la paciente recibió todas las atenciones médicas en el momento oportuno y adecuado, con el único propósito de obtener el mejor resultado quirúrgico y desde luego procurar su recuperación integral, sin embargo y como se manifestó en capítulos anteriores, la práctica de una cirugía de tal naturaleza siempre arrastra la posibilidad de complicaciones, sin que para el momento de la primera cita se advirtiera evidencia de complicaciones post quirúrgicas, es evidente que mi representado puso a disposición de la paciente, toda la capacidad asistencial conforme a su nivel de atención nivel uno (1), el personal médico a cargo dio el tratamiento idóneo para el caso, practicó los exámenes pertinentes y finalmente de manera acertada decidió remitir de manera oportuna a una Entidad de Mayor Complejidad como lo fue el Hospital Universitario del Valle, en donde le han realizado múltiples procedimientos sin ningún resultado positivo para la paciente.

El servicio médico es **eficiente** cuando los trámites administrativos a los que está sujeto son razonables, no demoran excesivamente el acceso al servicio y no son una excusa para dilatar la protección del derecho a la salud según la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 M.P Manuel José Cepeda Espinosa. Para el caso que nos ocupa la eficiencia en el servicio se vio reflejada en la remisión que realizó el médico tratante a cita con un urólogo y la realización de una cistoscopia, y ante la presencia del riesgo se decide solicitar valoración y manejo por urología de nivel III o IV que son niveles superiores a los que se tiene en el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.

El servicio público de salud es de **calidad** cuando las prestaciones en salud requeridas por el afiliado o beneficiario contribuyen, en la medida de las posibilidades, a mejorar la condición del enfermo, según Sentencia T-922 de 2009 M.P Jorge Iván Palacio. En el particular se puede evidenciar que se practicaron todos los exámenes médicos necesarios, para evaluar las Complicaciones inherentes al Acto Médico y proceder al tratamiento adecuado para la patología presentada y siendo remitida al Hospital Universitario del Valle oportunamente para la práctica de la cirugías de Cierre de Fístula Vesicovaginal, sin embargo dicha institución no ha logrado resultados positivos para la paciente.

Así las cosas, no queda duda que todo el proceder médico que mi representado empleó todo a su alcance para una atención integral, por lo tanto deben ser consideradas como oportunas, eficientes y de calidad, conforme a nuestro ordenamiento legal y jurisprudencial.

PRÁCTICA MÉDICA CONLLEVA RIESGOS DE COMPLICACIONES:

La Sección Tercera del Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia del 26 de Febrero de 2014 C.P Carlos Alberto Zamorano Barrera. Radicado 76001-23-31-000-2004-01210-02(33492). Sentencia del 24 de Marzo de 2011 C.P Doctor Hernán Andrade Rincón Rad 18947, Sentencia número 25000-23-26-000-1992-08046-01 (18947) Consejo

de Estado sala Plena Contencioso Administrativo Sección Tercera, ha señalado: “que la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, por regla general **lo llevan a riesgos y complicaciones**, situaciones que, al llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance, conforme a la *lex artis*, para evitar daños mayores y, de así hacerlo, **en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente**, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho” (negritas fuera de texto).

A partir de lo anteriormente expuesto, resulta claro señalar al Señor Juez de conocimiento, que en el caso de la Señora Elizabeth Reyes Lozano, los procedimientos practicados se ajustaron a todos los protocolos y guías médicas institucionales, proporcionando un manejo acorde al hallazgo encontrado y con el manejo médico adecuado para que la paciente mejorare su estado de salud, desde luego que los procedimientos brindados en el Hospital Universitario del Valle, deben ser analizados de manera detallada y si las mismas son producto de una falla en el servicio médico, porque el en definitiva dicha institución será la competente para lograr la reparación de la Fístula, sin que hasta el momento exista resultados efectivos, porque en lo que concierne a mi representado, la paciente fue remitido de manera oportuna para que desde la entidad receptora logren su recuperación integral.

RIESGOS Y COMPLICACIONES INHERENTES AL ACTO MÉDICO, DEBIDAMENTE DESCRITOS EN LA LITERATURA MÉDICO CIENTÍFICA:

En todos los actos que Actos Médicos existen estos riesgos inherentes a Acto médico, especialmente en la histerectomía Abdominal ya que se reconoce a nivel mundial las complicaciones que no se producen exclusivamente por error humano.

De igual manera de la Historia Clínica, se puede inferir que las complicaciones que afectaron la salud de la Señora Elizabeth Reyes Lozano, pueden llegar a tener relación directa al estado de salud de la paciente y a los riesgos inherentes a su condición natural, antecedentes quirúrgicos previos como lo son dos cesáreas previas y la preexistencia de bridas en la zona pélvica pero que no son consecuencia directa con las atenciones dadas en la institución.

EFFECTOS ADVERSOS DE CARÁCTER IMPREVISIBLE:

El Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en su Artículo 2.7.2.2.1.1.13 menciona “**Efectos adversos de carácter imprevisible**. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos 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”. Tal como se ha explicado anteriormente, la alteración anatómica en la vejiga secundaria a la salida de orina que presentó la Señora ELIZABETH REYES LOZANO no pudo haber sido prevista en medio de la cirugía o

inmediatamente posterior a la finalización de la misma, dado que la paciente no presentó síntomas propios de lo hoy reclamado.

IV. POSICION FRENTE A LAS PRUEBAS DE LA DEMANDA

1.- Frente a las documentales aportadas en capítulo IV de la demanda, el despacho dará el valor probatorio para el momento de dictar sentencia, sin embargo, debo expresar al despacho mi total oposición frente a la prueba aportada relacionada en el numeral 5 denominada “valoración Efectuada por Médico Legista, Dr. HERMES DE J. GRAJALES JIMENEZ”, en razón a que a todas luces resulta improcedente por no ajustarse a los requisitos estipulados en el artículo 226 del Código General del Proceso, y en tal sentido no puede ser decretada por el despacho, conforme a las siguientes consideraciones:

El apoderado demandante aporta como prueba documental una “valoración Efectuada por Médico Legista, Dr. HERMES DE J. GRAJALES JIMENEZ”, sin embargo, verdaderamente se trata de un peritaje que un profesional en daño corporal se identifica en el documento como perito que presta sus servicios periciales, tal como el galeno lo expresa al inicio del escrito de presentación su informe.

En consecuencia y estando sin duda ante un dictamen pericial, me permito hacer las siguientes precisiones con el objeto de demostrar su improcedencia para efecto de lograr que el despacho niegue su práctica.

Concretamente el artículo 226 del Código General del Proceso, contiene los requisitos mínimos que una prueba pericial debe cumplir para efecto de verificar hechos que interesen al proceso y que requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos.

Así las cosas, considero que el informe pericial aportado no cumple con aquellos requisitos para su admisión, iniciando que la norma citada exige en primer lugar lo siguiente “El perito deberá manifestar bajo juramento que se entiende prestado por la firma del dictamen que su opinión es independiente y corresponde a su real convicción profesional. El dictamen deberá acompañarse de los documentos que le sirven de fundamento y de aquellos que acrediten la idoneidad y la experiencia del perito.

Ante lo cual y como se puede evidenciar fácilmente en el expediente, el señor perito Dr. HERMES DE J. GRAJALES JIMENEZ” no acompañó con su informe pericial los documentos que acreditan su idoneidad y su experiencia.

Frente al numeral 3 de la norma citada que expresa: “3.- La profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística”. Considero en definitiva el dictamen pericial aportado carece de los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional.

Frente al numeral 4 de la norma citada que expresa: “La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez

(10) años, si las tuviere.” Las publicaciones presentadas por el Dr. HERMES DE J. GRAJALES JIMENEZ son cuatro (4), sin embargo, las mismas son muy antiguas, la última fue en el año 2004 y ninguna se relacionan con el tema materia de peritaje.

Frente al numeral 5 de la norma citada que expresa “La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen.”. Es evidente que el informe parcial carece de esta información, el Dr. HERMES DE J. GRAJALES JIMENEZ, simplemente se limita a manifestar que ha participado como perito en múltiples peritaciones relacionadas con la medicina general y especializada, pero sin dar a conocer un listado con los datos necesarios tal y como lo exige el artículo 226 CGP.

En consecuencia y conforme a lo expuesto anteriormente, solicitó al administrador de justicia negar la prueba pericial aportada por la parte demandante, denominada **“Valoración Efectuada por Médico Legista, Dr. HERMES DE J. GRAJALES JIMENEZ”**

2.- Frente a las demás pruebas solicitadas y testimoniales, el despacho dentro de la etapa procesal oportuna resolverá la viabilidad de su decreto.

V. EXCEPCIONES

1.- INEXISTENCIA DE CULPA O FALLA DEL SERVICIO.

No se vislumbra ni siquiera por indicios que exista algún grado de culpa o falla del servicio, producto de la negligencia, imprudencia y menos aún de impericia de parte de la institución y del personal médico a nuestro cargo, que pudiera entenderse al menos como causa remota de los supuestos perjuicios ocasionados a la señora Elizabeth Reyes Lozano.

En este punto es importante explicar al despacho que se evidencia en la nota quirúrgica operatoria de la Historia Clínica del 13 de junio de 2017, que durante la práctica de la cirugía, la paciente no presentó ninguno de los síntomas propios o comunes que se presentan cuando hay una ruptura clara e inmediata de la vejiga, como es la presencia evidente de sistofroz sin orina, porque se ha roto la vejiga o el sistofroz con orina hematurica (Sangre en la orina); por lo tanto, el personal médico no tenía la posibilidad alguna de la presencia de una lesión durante el proceso quirúrgico.

Sin embargo, una vez se sospecha de un posible hallazgo inmediatamente se le inicia tratamiento con Oxibutinina y solicita valoración por urología y se practica una cistoscopia, cuyo resultado arrojó la presencia de una fistula de aproximadamente un centímetro en la pared posterior lateral de la vejiga, con este hallazgo y diagnóstico claro, el urólogo del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, decide oportunamente remitir al paciente a un nivel III o IV que son niveles superiores a los que se tiene en el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, con lo que se puede concluir que en lo que respecta a mi representado el diagnóstico fue a tiempo, se brindó un manejo adecuado, respecto a la patología encontrada en la paciente.

Ahora bien, el manejo medico suministrado en el Hospital Universitario del Valle, donde fue remitida la paciente para lograr la corrección de la fistula ha sido evidentemente

infructuosa, toda vez que aunque ha realizado dos intentos por la corrección, hasta el momento no ha sido corregida, lo que pone en serio cuestionamiento los manejos médicos que se han aplicado en el Hospital Universitario del Valle y que posiblemente es la causa determinante del daño sufrido en la actualidad por la paciente y su deficiente calidad de vida .

2.- INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA CONDUCTA DEL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO Y

Para que exista la responsabilidad se requiere de tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador. El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquél aparece ligado a ésta por una relación de causa-efecto, si no es posible encontrar esa relación, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad, la jurisprudencia ha establecido que el nexo de causalidad debe ser probado en todos los casos por el actor.

Tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia han manifestado que el demandado en un juicio de responsabilidad, tiene por norma general, la posibilidad de defenderse atacando cualquiera de los elementos que se estudian dentro de la responsabilidad civil extracontractual escogiendo entre varias alternativa, la inexistencia del nexo causal.

Entonces, las causales exonerativas de responsabilidad pueden eximir de responsabilidad al demandado de forma total cuando la fuerza mayor, el hecho del tercero y/o el hecho de la víctima son consideradas como la causa única exclusiva y determinante del daño.

La Sección Tercera del Consejo de Estado, ha permitido dejar de lado la afirmación según la cual las causales exonerativas de responsabilidad “rompen” el nexo de causalidad, para clarificar que la verdadera función de este tipo de causales es la de evitar la atribución jurídica del daño al demandado, es decir, impedir la imputación. A este respecto se ha dicho de forma clara y reiterada:

“Pues bien, de la dicotomía causalidad-imputación que se ha dejado planteada y explicada, se desprende, ineluctablemente, la siguiente conclusión: frente a todo caso concreto que el juez de lo Contencioso Administrativo someta a examen habida consideración de que se aduce y se acredita la producción de un daño antijurídico, el nexo o la relación de causalidad entre la acción o la omisión de la autoridad pública demandada existe o no existe, pero no resulta jurídica ni lógicamente admisible sostener que el mismo se rompe o se interrumpe; si ello fuese así, si tal ruptura o interrupción del proceso causal de producción del daño sufriese una interrupción o ruptura, teniendo en cuenta que la causalidad constituye un fenómeno eminente y exclusivamente naturalístico, empírico, no cabe posibilidad distinta a la consistente en que, sin ambages, el daño no se ha producido, esto es, al no presentarse o concurrir alguna de las condiciones necesarias para su ocurrencia, la misma no llega a tener entidad en la realidad de los acontecimientos. “Así pues, aunque constituye prácticamente una cláusula de estilo en la jurisprudencia contencioso administrativa el sostener que la configuración, en un caso concreto, de alguna de las denominadas “causales eximentes de responsabilidad” -fuerza mayor, caso

fortuito y hecho exclusivo y determinante de un tercero o de la víctima- conduce a la ruptura o a la interrupción del nexo o de la relación de causalidad entre el hecho dañoso y el resultado dañino, en estricto rigor y en consonancia con todo cuanto se ha explicado, lo que realmente sucede cuando se evidencia en el plenario la concurrencia y acreditación de una de tales circunstancias es la interrupción o, más exactamente, la exclusión de la posibilidad de atribuir jurídicamente la responsabilidad de reparar el daño a la entidad demandada, es decir, la operatividad en un supuesto concreto de alguna de las referidas "eximentes de responsabilidad" no destruye la tantas veces mencionada relación de causalidad, sino la imputación. "Por tanto, quede claro que el análisis que ha de llevarse a cabo por parte del Juez de lo Contencioso Administrativo cuando se le aduzca la configuración de una de las que han dado en denominarse "eximentes de responsabilidad" -como ocurre en el sub judice-, no constituye un examen de tipo naturalístico, fenomenológico, sino eminentemente valorativo-normativo, orientado a seleccionar, más allá del proceso causal de producción del daño, a cuál de los intervinientes en su causación debe imputarse o atribuirse jurídicamente la responsabilidad de repararlo, de conformidad con la concepción de justicia imperante en la sociedad, la cual se refleja en la pluralidad de títulos jurídicos de imputación al uso dentro del sistema jurídico".

Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de febrero de 2009, expediente 17145.

En el caso bajo estudio, No existe nexo causal entre las atenciones dadas a la paciente en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE y el daño, toda vez que el Hospital Raul Orejuela Bueno E.S.E, una vez realiza la cirugía el día 13 de junio de 2017, la cual transcurre sin ninguna complicación, durante la misma no se evidenció Hematuria, se encontraba hemodinamicamente estable, sin signos de SIRS (Respuesta inflamatoria Sistémica), pasó a sala de recuperación y al día siguiente es decir el día 14 de junio de 2017, se evidencio una leve hematuria, sin embargo, no necesariamente puede ser a causa de una ruptura de la Fistula, al día 15 de junio de 2017, es valorada nuevamente y el medico ginecólogo encuentra que la hematuria disminuyó considerablemente y la orina era clara, se da salida con sonda vesical y medidas de recomendación y signos de alarma hasta a la primera cita de control que generalmente para estos casos es de ocho (8) días después del procedimiento, una vez llegada la cita de control post quirúrgica 22 de junio de 2017, se retira la sonda y existe sospecha del hallazgo y conforme a los protocolos médicos ordena medicamento Oxibutamina y el día 29 de junio 2017, en el segundo control los síntomas persisten, se ordena la toma de examen urodinamia y valoración por urología de manera prioritaria por el especialista urólogo German Cardona, finalmente el 12 de julio de 2017, el galeno revalora y los síntomas persistentes, ordena uro cultivo, cistoscopia, y cistografía, en este punto es importante mencionar que la práctica y resultado dependen de la autorización de la EPS a la cual está afiliada la paciente y de ella depende el direccionamiento que haga la EPS, siendo que los exámenes fueron ordenados el 12 de julio de 2017, solo hasta el 18 de septiembre de 2017 la paciente allega los resultados, tiempo que pudo hacer la diferencia en el resultado final, sin embargo hasta el 12 de julio de 2017, fecha en la cual el doctor Cardona ordena la práctica de los mismos, mi representado se encontraba dentro de los términos normales y comunes en esta clase procesos, sin embargo, dada la tardanza en la práctica de los exámenes que definían el diagnóstico y tratamiento a seguir por parte de la EPS (EMSSANAR SAS) pudo determinante en el resultado final de la paciente, pero de ninguna manera son el resultado de los procedimientos dados en el Hospital Raul Orejuela Bueno E.S.E.

En cuanto a los procedimientos brindados en el Hospital Universitario del Valle, es un completo misterio del porque no ha sido capaz de cerrar el orificio fistuloso pese a que del Hospital Raul Orejuela Bueno E.S.E, fue remitida de manera oportuna, ya practicados todos los exámenes del caso y con un diagnostico definido.

5.- LA INNOMINADA

Como quiera que el panorama de discusión es bastante amplio, le solicitamos al Señor Juez declarar cualquier excepción que resulte de las pruebas aportadas o recaudadas en el presente proceso.

VI. PRUEBAS

DOCUMENTALES

- 1.- Las aportadas en la demanda.
- 2.- Impresión digital de Historia Clínica de la Señora Elizabeth Reyes Lozano, legible y en orden cronológica.
- 3.- Copia del Consentimiento Informado de fecha el 13 de Junio de 2017 para el procedimiento de Histerectomía Abdominal más Liberación de Adherencias), suscrito por la Señora Elizabeth Reyes Lozano.
- 4.- Copia del Consentimiento Informado de fecha el 13 de Junio de 2017 para el procedimiento para aplicación de técnica anestésica para realización del Procedimiento Quirúrgico (Histerectomía Abdominal más Liberación de Adherencias), suscrito por la Señora Elizabeth Reyes Lozano y el Doctor Juan Carlos Villalba González.
- 5.- Copia del Consentimiento Informado de fecha 8 de Agosto del 2017 para realización de una Cistoscopia, suscrita por la Señora Elizabeth Reyes y el Doctor Cardona.

TESTIMONIALES.-

Solcito se decrete y se recepcione el testimonio de los siguientes profesionales de la salud, quienes estuvieron involucrados de manera directa con las atenciones médicas brindadas a la señora ELIZABETH REYES LOZANO, a quienes se los podrá citar por intermedio del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, ubicado en la Carrera 29 N° 39 – 51 de la ciudad de Palmira.

- 1.- Doctor Aicardo Rodriguez Figueroa, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.386.072, Medico Ginecólogo.
- 2.- Doctor Juan Carlo Echeverry, identificado con la cédula de ciudadanía número, 16.280.465, Medica Ginecólogo.
- 3.- Doctor Orlando Arboleda, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.268.245.

4.- Doctor German Cardona, identificado con la cédula de ciudadanía número 6.288.274.

Objeto de la prueba.- Declararán sobre los hechos de la demanda, particularidades de los procedimientos y atenciones brindadas en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE a la Señora Elizabeth Reyes Lozano.

VII. NOTIFICACIONES.

1.- La parte demandante y su apoderado en las direcciones anotadas en el libelo demandatorio.

2.- El HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E. DE PALMIRA, en la Calle 29 N° 39 51 de Palmira. Teléfono: 2742419. Email.- ajuridicahrob@gmail.com
abogadojuridica@hrob.gov.co

3.- El suscrito apoderado en la Calle 29 N° 39 51 de Palmira. Tel 3012508333.

VIII. ANEXOS

Poder conferido en mi favor por el Gerente del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE de Palmira, para contestar la demanda y llevar el proceso hasta su terminación.

Atentamente,



JORGE GERMAN PUENTE CORAL

C. de C. No. 14.466.076 de Cali

T.P. No. 161994 Consejo Superior de la J.

RV: C62165 RV: URGENTE // CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA // 2019-00190 // ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

Jose David Colmenares Rodriguez <jcolmenaresr@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 15/12/2021 9:33 AM

Para: Juzgado 09 Administrativo - Valle Del Cauca - Cali <adm09cali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>

Cordial saludo,

Anexo constancia de radicación de documento allegado de manera digital.

Por favor no responda a este correo, este email solamente es para dar respuesta a radicación de correspondencia. Comuníquese con nosotros al email of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

UniSoftware Ltda. - Registro de Actuaciones

Proceso Ver Opciones Ayuda

No. Proceso: 76001 - 33 - 33 - 009 - 2019 - 00190 - 00

> CALI (VALLE) > Juzgado Administrativo > Administrativo Oralidad

Información Principal Sujetos Secretaría Despacho Finalización

Demandante: ANÍBAL ARIAS Y OTROS Cédula: 94327748

Demandado: ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO Cédula: MPAL

Area: 0001 > Administrativo Fecha: 15/07/2015

Tipo de Proceso: 0001 > Ordinario Hora: 00:00

Clase de Proceso: 0003 > ACCION DE REPARACION Ubicación: Correspondencia OF AM

Subclase: 0000 > Sin Subclase de Proceso En: 0001 > Primera Instancia

Tipo de Recurso: 0000 > Sin Tipo de Proceso No Ver Proceso: ☐

Despacho: 09-JUZGADO 9 ADMINISTRATIVO ORAL DE CALI

Asunto a tr

Actuación Desarrollo

Actuación a Registrar: 15/12/2021 Registrado en

Correspondencia Of Apoyo Folios:

Fecha Actuación: 15/12/2021 (dd/mm/aaaa) Cuadernos:

Término: ☒ Sin Término ☐ Término Legal ☐ Término Judicial Calendario: ☐ Ordinario ☐ Judicial

☐ Tiene Término

Días:

Inicial: (dd/mm/aaaa) Final: (dd/mm/aaaa)

Anotación:

C62165 martes, 14 de diciembre de 2021 20:57 ALLEGA CONTESTACION DE DEMANDA, PODER Y ANEXOS- 1 ADJUNTO- GUSTAVO HERRERA-

Ubicación: 0046 > Correspondencia OF AM

Atentamente,

JOSE DAVID COLMENARES RODRIGUEZ

Asistente Administrativo

Oficina de Apoyo para los Juzgados Administrativos de Cali



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

De: Oficina 02 Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: miércoles, 15 de diciembre de 2021 8:26 a. m.

Para: Jose David Colmenares Rodriguez <jcolmenares@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: C62165 RV: URGENTE // CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA // 2019-00190 // ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

ÁREA DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVO

Oficina de Apoyo Juzgados Administrativos de Cali

Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial Cali-Valle del Cauca

cid:image001.png@01D38AB8.5F7EFE10

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

Enviado: martes, 14 de diciembre de 2021 20:57

Para: Oficina 02 Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>;
Juzgado 09 Administrativo - Valle Del Cauca - Cali <adm09cali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: velasquezabogado@hotmail.com <velasquezabogado@hotmail.com>; ajuridicahrob@gmail.com
<ajuridicahrob@gmail.com>; GHA Kelly Alejandra Paz Chamorro <kpaz@gha.com.co>; GHA JORGE LUIS
BERMÚDEZ ROJAS <jbermudez@gha.com.co>; Javier Andrés Acosta Ceballos <jacosta@gha.com.co>

Asunto: URGENTE // CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA // 2019-00190 //
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

Señor:

JUEZ NOVENO (9) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI

adm09cali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: ELIZABETH REYES LOZANO Y OTROS
Demandado: E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO
Radicación: 76001-33-33-009-2019-00190-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 860.524.654-6, con domicilio principal en la

ciudad de Bogotá D.C., de conformidad con el poder especial que acompaño, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por **ELIZABETH REYES LOZANO Y OTROS** en contra de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y además a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por este último a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, de conformidad con el archivo PDF que acompaño.

Agradezco confirmar la recepción de los documentos.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

=====

JAAC

Señor:

JUEZ NOVENO (9) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI

adm09cali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: ELIZABETH REYES LOZANO Y OTROS
Demandado: E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO
Radicación: 76001-33-33-009-2019-00190-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 860.524.654-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., de conformidad con el poder especial que acompaño, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por **ELIZABETH REYES LOZANO Y OTROS** en contra de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y además a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por este último a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta que la notificación personal del llamamiento en garantía se realizó por correo electrónico el día 6 de diciembre del presente año por parte de este despacho, me permito presentar la contestación en la oportunidad legal para hacerlo, conforme a las disposiciones de los artículos 198 y 199 de la Ley 1437 del 2011, teniendo en cuenta que ese último fue modificado por el artículo 48 de la ley 2080 del 2021. En ese orden de ideas, el término de 15 días establecido en el inciso segundo del artículo 225 del CPACA comenzó a computarse una vez transcurridos previamente dos días hábiles siguientes al envío del mensaje; es decir, a partir del 10 de diciembre hog año.

CAPÍTULO I

I. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 2.1. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

No obstante, con relación a la afirmación: “(...) La señora **ELIZABETH REYES LOZANO** convive desde hace muchos años con el señor **ANIBAL ARIAS** (...)”, me permito manifestarle al despacho que **no** es cierto, toda vez que a folio 34 del cuaderno principal de la demanda obra una declaración para fines extraprocesales que narra que el señor **ANIBAL ARIAS** y la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** “conviven” en unión libre desde el 19 de mayo del 2001. Así las cosas, a pesar de que en un intento tardío que data del **31 de mayo del 2019**

(fecha en la que se suscribió la precitada acta), los aquí demandantes intentaron “acreditar” la unión marital de hecho, manifestando que ambos comparten el mismo “techo, lecho y mesa”, no será posible dársele la condición de compañero permanente al señor **ARIAS**.

Precisamente la Ley 54 del 28 de diciembre de 1990, en el artículo (2) segundo, establece lo siguiente:

Artículo 2º. Se presume sociedad patrimonial entre compañeros permanentes y hay lugar a declararla judicialmente en cualquiera de los siguientes casos:

a) Cuando exista unión marital de hecho durante un lapso no inferior a dos años, entre un hombre y una mujer sin impedimento legal para contraer matrimonio;

b) Cuando exista una unión marital de hecho por un lapso no inferior a dos años e impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o de ambos compañeros permanentes, siempre y cuando la sociedad o sociedades conyugales anteriores hayan sido disueltas y liquidadas por lo menos un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.

En ese orden de ideas, del apartado normativo se extraen dos (2) premisas principales. **La primera: La unión marital de hecho puede ser declarada judicialmente cuando exista convivencia entre un hombre y una mujer por un lapso no inferior a dos años, sin impedimento legal para contraer matrimonio.** La segunda: Es posible que se declare judicialmente la unión marital de hecho cuando aun existiendo impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o ambos compañeros permanentes, las sociedades conyugales hayan sido disueltas y liquidadas, cuando menos, un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.

En el caso en concreto y teniendo cuenta que la vaga declaración con fines extraprocesales **suscrita convenientemente con posterioridad a la fecha de la presunta falla en el servicio y tan solo quince (15) días antes de la presentación de la demanda,** no puede servir de sustento para “probar” la existencia de la unión marital de hecho, y en el entendido en que esa carga está única y exclusivamente en cabeza de los actores, desde ya se anticipa que en el remoto evento de proferirse una condena en contra de la entidad asegurada, no podría reconocérsele perjuicios morales al señor **ANIBAL ARIAS**.

Únicamente en gracia de discusión, con relación a la afirmación: “(...) quienes dependen económicamente de ella (...)”, me permito manifestarle al despacho que una vez consultada la base de datos de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, se pudo constatar que **ELIZABETH REYES LOZANO** está afiliada en el régimen subsidiado del Estado al Sistema Integral de la Seguridad social. Es decir, nunca oficializó sus presuntos ingresos en calidad de trabajador dependiente o independiente por cuenta propia, contrariando así las disposiciones del artículo 244 de la Ley 1955 del 2019, que indica:

«INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema

de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA).

Así las cosas, está completamente probado que no existe prueba alguna de la que razonablemente se pueda desprender que la actora se encontrase laborando para la fecha de los hechos, por lo que por sustracción de materia, será imposible reconocer indemnización alguna a título de lucro cesante. Aunado a ello, tampoco se podrá presumir que la actora se encontraba devengando el salario mínimo legal mensual vigente, toda vez que **el perjuicio indemnizable debe ser cierto**; posición que comparte el Honorable Consejo de Estado, y que será debidamente ampliada en el acápite de la oposición a las pretensiones.

AL HECHO 2.1. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a las que debe o debió conocer mi procurada. No obstante, de conformidad con la historia clínica que se allegó por parte de la la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, se puede observar que el día 13 de junio del 2017 a las 02:54 p.m. a la señora **ELIZABETH REYES LOZANO**, se le practicó una histerectomía total abdominal, más sou izquierda y liberación de adherencias, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles:

**** NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Datos Generales**

Sala ó Cuarto:
No. Cama:
**** NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Detalles de la Cirugía ****
Operación practicada / procedimientos realizados:: HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL MAS SOU IZQUIERDA MAQS LIBERACION DE ADHERENCIAS
Describa la operación en el mismo orden en que se realizo:: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES INCISION MEDIA POR PLANOS SE RETIRA LA INCISION ANTERIOR POR PLANOS SE RETIRA UTERO Y ANEXO IZQUIERDO SE COPULIZA SE PERITONIZA HEMOSTASIA CIERRE TA PIEL
Hallazgos importantes:: UTERO Y ANEXO IZQUIERDO
Tejidos enviados a Patología:: UTERO Y ANEXO IZQUIERDO
Tipo de Anestesia::
****NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Datos Generales****
1- Detalle el servicio:
**** NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Datos Generales**

Ginecología



PROFESIONAL: [1057] ESP. RODRIGUEZ FIGUEROA AICARDO (GINECOLOGO)

Esta cirugía se llevó a cabo por el galeno **AICARDO RODRÍGUEZ FIGUEROA**, médico especialista en ginecología y obstetricia.

AL HECHO 2.3. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a las que debe o debió conocer mi procurada. No obstante, de conformidad con la historia clínica que se allegó por parte de la la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, se itera que quien practicó la cirugía fue el galeno **AICARDO RODRÍGUEZ FIGUEROA**, médico especialista en ginecología y obstetricia.

Ahora, con relación a la afirmación: “(...) Quien le comentó que le había retirado el útero y anexo izquierdo o sea el ovario izquierdo (...)”, me permito indicarle al despacho que es una afirmación que no se encuentra debidamente sustentada ni probada, por lo que le corresponde a la parte actora acreditarla. Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión

expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 2.4. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a las que debe o debió conocer mi procurada. No obstante, de conformidad con la historia clínica que se allegó por parte de la la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, se puede evidenciar que la actora ingresó al centro asistencial asegurado el 22 de junio del 2017 para una cita de control. Las demás afirmaciones planteadas por el apoderado de la parte actora, solo constituyen una apreciación subjetiva del mismo. Empero, ni la salida de orina por la vagina, ni el utilizar pañales en ningún escenario puede interpretarse como la “causa” de un mal procedimiento por parte del galeno que atendió a la aquí actora. Es un hecho probado que desde el ingreso al centro asistencial asegurado, a la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** se le brindaron todas las atenciones, diagnósticos y procedimientos dentro del ámbito de un hospital de su nivel de complejidad.

AL HECHO 2.5. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a las que debe o debió conocer mi procurada. No obstante, de conformidad con la historia clínica que se allegó por parte de la la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, se puede evidenciar que la actora ingresó al centro asistencial asegurado el día 22 de julio del 2017, fecha en la que su médico tratante prescribió **Oxibutinina**¹. Ocho días después y ante la persistencia de salida de orina, a la actora se le ordenó continuar con la ingesta del medicamento antes referenciado y se solicitó valoración prioritaria por la especialidad de urología, toma de exámenes de urocultivo y hemodinamia. Con posterioridad a conocer los resultados de los exámenes ordenados, se encontró que la paciente tenía una fístula vesico – vaginal, circunstancia que provocó la reacción inmediata del personal del centro asistencial para tratar esa patología. Se itera que de conformidad con la *lex artis*, a la aquí demandante, **ELIZABETH REYES LOZANO**, se le brindaron todas las atenciones, diagnósticos y procedimientos dentro del ámbito de un hospital de su nivel de complejidad.

AL HECHO 2.6. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

¹ La **oxibutinina** se utiliza para tratar la vejiga hiperactiva (una condición en la que los músculos de la vejiga se contraen sin control y causan micción frecuente, necesidad urgente de orinar e incapacidad de controlar la micción) en ciertos adultos y niños. La oxibutinina también se usa como tabletas de liberación prolongada para controlar los músculos de la vejiga en adultos y niños de 6 años de edad y mayores con espina bífida (una discapacidad que ocurre cuando la médula espinal no se cierra adecuadamente antes de nacer) u otras condiciones del sistema nervioso que afectan los músculos de la vejiga. La oxibutinina es una clase de medicamentos llamados anticolinérgicos/antimuscarínicos. Funciona relajando los músculos de la vejiga. Tomado de: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682141-es.html>.

AL HECHO 2.7. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 2.8. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 2.9. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 3.0. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 3.1. No se trata de hechos que sirvan de fundamento a las pretensiones sino de conjeturas subjetivas, falaces e infundadas que realiza el apoderado de la parte demandante. Respetuosamente me permito indicarle al despacho que las conjeturas no constituyen una narración precisa de los hechos, conforme al Artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

AL HECHO 3.2. No se trata de hechos que sirvan de fundamento a las pretensiones sino de conjeturas subjetivas e infundadas que realiza el apoderado de la parte demandante. Respetuosamente me permito indicarle al despacho que las conjeturas no constituyen una narración precisa de los hechos, conforme al Artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

AL HECHO 3.3. No se trata de hechos que sirvan de fundamento a las pretensiones sino de conjeturas subjetivas e infundadas que realiza el apoderado de la parte demandante. Respetuosamente me permito indicarle al despacho que las conjeturas no constituyen una narración precisa de los hechos, conforme al Artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

AL HECHO 3.4. No se trata de hechos que sirvan de fundamento a las pretensiones sino de conjeturas subjetivas e infundadas que realiza el apoderado de la parte demandante. Respetuosamente me permito indicarle al despacho que las conjeturas no constituyen una narración precisa de los hechos, conforme al Artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

II. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la totalidad de las peticiones relacionadas en este acápite por cuanto carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. La petición declaratoria parte del hecho de que existe responsabilidad y que la misma es atribuible la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**. Sin embargo, no ha logrado acreditar los elementos estructurales que permiten que confluya este tipo de declaración. En materia administrativa, el Consejo de Estado ha desarrollado un grueso trabajo jurisprudencial tendiente a definir los elementos estructurales de la responsabilidad, que con apoyo doctrinal², ha consolidado en los siguientes: el daño y la imputación.

Sin ahondar al respecto sobre cada uno de estos elementos, debe tenerse en cuenta por las partes y por el juzgador que independientemente del régimen de responsabilidad aplicable para el caso, corresponde a la parte demandante probar que existe un daño y que el mismo es atribuible a quién esté llamado a responder. En este sentido, la labor procesal no puede ceñirse a la interposición de la demanda para trasladar el trabajo probatorio al juez o a la contraparte, es el demandante quién debe probar la estructuración causal que permita concluir la atribución de una eventual condena al demandado. Esta situación brilla por su ausencia, pues no existen fundamentos fácticos y jurídicos concluyentes que permitan la prosperidad de las declaraciones y condenas que se materializan en las pretensiones, lo que lleva a oponerse a cada una de las solicitudes realizadas en este acápite.

Recientemente el Consejo de Estado se ha pronunciado respecto a la atribución del daño en los siguientes términos:

² Patiño, H. (2015). El trípode o el bípode: la estructura de la responsabilidad. En J. C. Henao y A. F. Ospina Garzón (Edits.), La responsabilidad extracontractual del Estado. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Cualquier tipo de análisis de imputación supone, prima facie, un estudio en términos de atribuibilidad material (imputatio facti), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar -acción u omisión – que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es en sentido jurídico porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación (...) imputación jurídica (imputatio iure o subjetiva) supone establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y allí intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad que tienen cabida (...) La imputación fáctica puede derivarse de la constatación en el plano material de la falta de intervención oportuna que hubiera podido evitar el resultado; en efecto, es en el plano de la omisión en el que con mayor claridad se verifica la insuficiencia del dogma casual, motivo por el cual el juez recurre a ingredientes normativos para determinar cuándo una consecuencia tiene origen en algún tipo de comportamiento y, concretamente, a quién resulta atribuible la generación del daño”³

Así las cosas, si bien se consigna que para la fecha del 13 de junio del 2017, la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** fue atendida de urgencia en las instalaciones la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** para llevarse a cabo la práctica de una una histerectomía total abdominal, más sou izquierda y liberación de adherencias, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, no hay evidencia concluyente ni conducente que señale que la conducta, por acción u omisión por parte de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** que haya intervenido en la causación del daño.

Es claro que esta carga le corresponde al accionante, pues además de ser el principal interesado es quien supuestamente vivió los hechos y sufrió el mencionado perjuicio y no es atribuible trasladar la carga de la prueba al demandado, máxime cuando este centro asistencial actuó conforme a la *lex artis*. Aunado a lo anterior, se torna menester recalcarle al despacho que el demandante no logra probar con suficiencia que producto de la intervención quirúrgica se hubiese generado el presunto daño, toda vez que la paciente contaba con **antecedentes como dos (2) cesáreas previas y la preexistencia de bridas en la zona pélvica**. Empero, aún en gracia de discusión, si presuntamente producto de la intervención quirúrgica se produjo una fístula vesico - vaginal, esta es una circunstancia común en este tipo de procedimientos. Así las cosas, procederé a pronunciarme sobre cada una de las pretensiones de los demandantes:

FRENTE A LA 1.1: Me opongo a que prospere esta pretensión teniendo en cuenta que conforme a las pruebas documentales, fundamentos y razones de derecho allegadas a la demanda, inequívocamente se pudo acreditar que no le asiste responsabilidad a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** por los presuntos perjuicios materiales generados a los aquí demandantes.

FRENTE A LA 1.2.: (PERJUICIOS INMATERIALES – PERJUICIO MORAL):

De igual manera, me opongo a la prosperidad del reconocimiento y pago de perjuicios inmateriales a los aquí demandantes, toda vez que no existen fundamentos fácticos y jurídicos que permitan considerar la viabilidad

³ Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 12 de octubre del 2017, exp. 2001-02300-01(39354) C.P. Martha Nubia Velásquez Rico.

los mismos. El apoderado de la parte demandante discrimina los supuestos daños inmateriales dando por probado, sin estarlo, que las lesiones de la señora **ELIZABETH REYES LOZANO**, fueron la consecuencia de una acción u omisión atribuible a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

Dentro de la jurisprudencia actual del Consejo de Estado, la tipología del perjuicio extrapatrimonial pretendido por los aquí demandantes al caso en concreto es la siguiente:

- i) *Perjuicio moral.*
- ii) *Daño a la salud.*

Todo esto sin haber expuesto que en el presente caso operaron una serie de acontecimientos que impiden la atribución jurídica de un daño a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y mucho menos a mí representada, entidad que no tuvo intervención causal en la generación del mismo, ya que como se indicó anteriormente, este centro asistencial actuó conforme a la *lex artis*. Por esto, teniendo en cuenta los argumentos aquí establecidos junto con las excepciones de mérito que se formularán en debida forma, solicito se despache desfavorablemente esta pretensión.

- **PERJUICIOS MORALES:** En primer lugar nos referimos al daño moral, definido de antaño por la jurisprudencia como “el dolor, la aflicción” y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra etc. que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

Esta afectación, conocida también como duelo, se ha definido científicamente por la doctrina médica que ha señalado que este:

“(…) afecta prácticamente todos los aspectos de la vida de un sobreviviente. A menudo, el duelo acarrea un cambio de estatus y de papel (por ejemplo, de esposa a viuda o de hijo o hija a huérfano). También tiene consecuencias económicas y sociales (la pérdida de amigos y en ocasiones de ingreso). En primer lugar se presenta la aflicción, que es la respuesta emocional experimentada en las primeras fases del duelo (...) la aflicción, al igual que la muerte es una experiencia personal. La investigación actual ha cuestionado las nociones previas de un solo patrón “normal” de aflicción y un programa “normal” de recuperación. El hecho de que una viuda hablara con su difunto marido era considerado como una señal de perturbación emocional, que ahora se reconoce como una conducta común y útil (...)”⁴

En los fallos de la Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado, en los cuales se unificó la jurisprudencia en torno a los “niveles” de tasación de los perjuicios morales, teniendo en cuenta la relación afectiva y el grado de consanguinidad y relaciones afectivas no familiares o de terceros damnificados, para la reparación del daño moral en caso de lesiones, diseñó cinco niveles de cercanía efectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas. **De igual forma, la jurisprudencia indicó que para los niveles 1 y 2 se requiere**

⁴ Papalia, Diane E. Wendkos Olds Rally y Duskin Feldman Ruth en “Desarrollo Humano”, Editorial Mc Graw Hill. Novena edición. México D.F. 2004. OP CIT, pág. 766 y s.s.

prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, es necesaria la prueba de relación afectiva y para la indemnización de quienes integran el nivel 5 debe probarse la relación afectiva.

De conformidad con lo anterior, se extrae que la jurisprudencia del Consejo de Estado ha reconocido los siguientes valores con relación a la reparación del daño moral en el caso de las lesiones:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

Aunado a la inexistencia de elementos materiales probatorios que pudiesen eventualmente considerar el reconocimiento y pago de perjuicios morales a favor de los aquí demandantes, **es importante resaltar que la cuantía que la parte actora reclama por este concepto se encuentra completamente sobreestimada**, como quiera que la suma reclamada por los demandantes no se compadece con los criterios que han sido decantados pacíficamente por parte del Honorable Consejo de Estado, ya que según las pretensiones de la demanda, estas se tasaron en el reconocimiento de **DOSCIENTOS SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (200)** para la presunta víctima.

Ahora, brilla por su ausencia dictamen de medico labora, Junta Regional de Calificación de Invalidez y/o de especialista en daño corporal, que dé cuenta de tales afirmaciones, por lo que en el remoto e hipotético evento de declararse probada la responsabilidad de mi defendida, todos los perjuicios se deberán reconocer sobre el primer nivel establecido de acuerdo a la jurisprudencia antes señalada.

Por otro lado, es importante reseñar que a folio 34 del cuaderno principal de la demanda obra una declaración para fines extraprocesales que narra que el señor **ANIBAL ARIAS** y la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** “conviven” en unión libre desde el 19 de mayo del 2001. Así las cosas, a pesar de que en un intento tardío que data del **31 de mayo del 2019** (fecha en la que se suscribió la precitada acta), los aquí demandantes intentaron “acreditar” la unión marital de hecho, manifestando que ambos comparten el mismo “techo, lecho y mesa”, no será posible dársele la condición de compañero permanente al señor **ARIAS**.

Precisamente la Ley 54 del 28 de diciembre de 1990, en el artículo (2) segundo, establece lo siguiente:

Artículo 2°. Se presume sociedad patrimonial entre compañeros permanentes y hay lugar a declararla judicialmente en cualquiera de los siguientes casos:

a) Cuando exista unión marital de hecho durante un lapso no inferior a dos años, entre un hombre y una mujer sin impedimento legal para contraer matrimonio;

b) Cuando exista una unión marital de hecho por un lapso no inferior a dos años e impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o de ambos compañeros permanentes, siempre y cuando la sociedad o sociedades conyugales anteriores hayan sido disueltas y liquidadas por lo menos un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.

En ese orden de ideas, del apartado normativo se extraen dos (2) premisas principales. **La primera: La unión marital de hecho puede ser declarada judicialmente cuando exista convivencia entre un hombre y una mujer por un lapso no inferior a dos años, sin impedimento legal para contraer matrimonio.** La segunda: Es posible que se declare judicialmente la unión marital de hecho cuando aun existiendo impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o ambos compañeros permanentes, las sociedades conyugales hayan sido disueltas y liquidadas, cuando menos, un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.

En el caso en concreto y teniendo cuenta que la vaga declaración con fines extraprocesales **suscrita convenientemente con posterioridad a la fecha de la presunta falla en el servicio y tan solo quince (15) días antes de la presentación de la demanda,** no puede servir de sustento para “probar” la existencia de la unión marital de hecho, y en el entendido en que esa carga está única y exclusivamente en cabeza de los actores, desde ya se anticipa que en el remoto evento de proferirse una condena en contra de la entidad asegurada, no podría reconocérsele perjuicios morales al señor señor **ANIBAL ARIAS**.

FRENTE A LA 1.3.: (PERJUICIOS INMATERIALES – DAÑO A LA SALUD):

- **DAÑO A LA SALUD:** Únicamente en gracia de discusión, teniendo en cuenta que el actor solicitó el reconocimiento del perjuicio de **“daño a la vida de relación”** y que este fue unificado por la jurisprudencia del Consejo de Estado en un solo criterio bajo la figura del daño a la salud, se efectuará el pronunciamiento en ese sentido:

En los casos de reparación del daño a la salud, la indemnización, en los términos del fallo deberá estar sujeta a lo probado en el proceso. El juez debe determinar el porcentaje de la gravedad o levedad de la afectación corporal o psicofísica, relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano. Para llevar a cabo lo anterior, el juez deberá considerar las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima. En el caso en concreto, es claro que la parte actora no logró acreditar los elementos de la responsabilidad y teniendo en cuenta que la basta jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado reconoce esa modalidad de

daño únicamente para la víctima directa, no habrá lugar al reconocimiento de este perjuicio. De nuevo, resulta menester **resaltar que la cuantía que la parte actora reclama por este concepto se encuentra completamente sobreestimada**, ya que para cada uno de los demandantes, se está solicitando el reconocimiento y pago de una absurda y desproporcionada suma.

FRENTE A LA 1.4.: (PERJUICIOS MATERIALES – DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE):

- **DAÑO EMERGENTE:** Prescribe el Artículo 1614 del Código Civil, que el daño emergente es el perjuicio o pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su incumplimiento. En materia de Responsabilidad Civil Extracontractual del Estado, la valoración del daño emergente se identifica a partir de los gastos en que haya incurrido **la víctima** con ocasión del daño y aquellos en que deba incurrir hacia futuro para mitigar las secuelas producto del daño⁵. De esa forma se ha precisado por el Consejo de Estado, así:

“(…) Estos perjuicios se traducen en pérdidas económicas que se causan con ocasión de un hecho, acción omisión u operación administrativa imputable a la entidad demandada que origina el derecho a la reparación y que en consideración al principio de reparación integral del daño, consagrado en el artículo 16 de la ley 446 de 1998, solamente pueden indemnizarse a título de daño emergente los valores que efectivamente empobrecieron a la víctima o que debieron sufragarse como consecuencia del hecho dañoso y del daño mismo (...).”⁶

En el caso en concreto, los demandantes hacen referencia al reconocimiento y pago de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (\$4.288.150)**, a título de daño emergente por concepto de gastos de pañales y medicamentos, así como una valoración médica, **pero no allegan prueba si quiera sumaria de haberse acreditado tal pérdida, por lo que dicha pretensión no estará llamada a prosperar**. No obstante, y **únicamente en gracia de discusión**, desde el folio 76 hasta el folio 101 de la demanda se encuentra lo que parece ser varias facturas de venta que de ninguna forma acreditan el daño emergente. Verbigracia:

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera – Sentencia del 30 de agosto del 200, Exp. 20001-23-31-000-199703201-01(15724), CP: Ramiro Saavedra Becerra.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera – Sentencia del 30 de agosto del 200, Exp. 20001-23-31-000-199703201-01(15724), CP: Ramiro Saavedra Becerra.



Nótese que la precitada factura, ni siquiera tiene el nombre del comprador, circunstancia que de tajo hace imposible reconocer esos valores ante una eventual condena; ya que cualquier persona pudo haber obtenido una copia de la misma, circunstancia que no garantiza la custodia ni mucho menos la autenticidad.

En ese sentido, se torna relevante indicarle instar al juzgado a despachar desfavorablemente esta pretensión, dado que las mismas no se asemejan a una factura de venta. De conformidad con el artículo 774 del Código de Comercio, la factura de venta debe contener:

ARTÍCULO 774. REQUISITOS DE LA FACTURA. *La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:*

- 1. La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.*
- 2. La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley.*
- 3. El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.*

No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiere sido cancelada.

La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo, no afectará la calidad de título valor de las facturas.

- **LUCRO CESANTE:** Esta modalidad de daño patrimonial puede definirse como una cesación de pagos, una ganancia o productividad frustrada ya sea de un bien comercialmente activo o de una persona que haga parte del mercado laboral de forma dependiente, liberal o como una empresa unipersonal. Valga decir que cuando se habla de una ganancia o utilidad frustrada, **no puede basarse esta en una mera expectativa**, sino en una utilidad razonablemente esperada en razón de una ocupación productiva permanente de un bien o persona en razón a su proyección personal o comercial, de la que se deduzca sin duda alguna, que en el futuro, antes de producirse el daño que le deja cesante, se ocuparía productivamente en algo que le generaría una renta o utilidad.

Ahora bien, no se entiende de dónde el abogado de la parte demandante establece que el lucro cesante para el presente asunto obedece a la suma de un salario mínimo legal mensual vigente desde la fecha de la intervención quirúrgica hasta la fecha actual. **Debe recordársele al apoderado de la parte actora que los cálculos de esta índole deben llevarse a cabo a través de las fórmulas dispuestas por el Honorable Consejo de Estado. No obstante, en el plenario no obra prueba si quiera sumaria de ello; ya que el mismo solo se limitó a indicar que el despacho debe hacerse cargo de ello.**

Aunado lo anterior, una vez consultada la base de datos de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, se pudo constatar que **ELIZABETH REYES LOZANO** está afiliada en el régimen subsidiado del Estado al Sistema Integral de la Seguridad social. Es decir, nunca oficializó sus presuntos ingresos en calidad de trabajador dependiente o independiente por cuenta propia (frente al presunto negocio de su propiedad), contrariando así las disposiciones del artículo 244 de la Ley 1955 del 2019, que indica:

«INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA).

Así las cosas, está completamente probado que no existe prueba alguna de la que razonablemente se pueda desprender que la actora se encontrase laborando para la fecha de los hechos, por lo que por sustracción de materia, será imposible reconocer indemnización alguna a título de lucro cesante. Aunado a ello, tampoco se podrá presumir que la actora se encontraba devengando el salario mínimo legal mensual vigente, toda vez que **el perjuicio indemnizable debe ser cierto**; posición que comparte el Honorable Consejo de Estado.

Precisamente la imposibilidad para presumir los parámetros de liquidación del lucro cesante, es actualmente asumida por el Honorable Consejo de Estado, que en **Sentencia de Unificación** del 18 de julio del 2019, expediente 44.572, ponencia del doctor Carlos Alberto Zambrano Barrera, dispuso:

“(…) 2. Unificación jurisprudencial en materia de reconocimiento y liquidación de perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.

Esta corporación concibe el lucro cesante como “... la ganancia frustrada o el provecho económico que deja de reportarse y que, de no producirse el daño, habría ingresado ya o en el futuro al patrimonio de la víctima. (sic) Pero que (sic) como todo perjuicio, para que proceda su indemnización, debe ser cierto, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a reparación alguna”

De manera insistente, la Sala de esta Sección ha dicho que, para que un perjuicio resulte indemnizable, se debe tener **certeza** del mismo:

“(…) El lucro cesante, de la manera como fue calculado por los peritos, no cumple con el requisito uniformemente exigido por la jurisprudencia de esta Corporación, en el sentido de que el perjuicio debe ser cierto, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a indemnización. El perjuicio indemnizable, entonces, puede ser actual o futuro, pero, de ningún modo, eventual o hipotético. Para que el perjuicio se considere existente, debe aparecer como la prolongación cierta y directa del estado de cosas producido por el daño, por la actividad dañina realizada por la autoridad pública. Esa demostración del carácter cierto del perjuicio brilla por su ausencia en el experticio de maras”

2.1. *Presupuestos para acceder al reconocimiento del lucro cesante*

2.1.1. Por concepto de lucro cesante sólo se puede conceder lo que se pida en la demanda, de forma tal que no puede hacerse ningún reconocimiento oficioso por parte del juez de la reparación directa; así, lo que no se pida en la demanda no puede ser objeto de reconocimiento alguno.

2.1.2 Todo daño y perjuicio que el demandante pida que se le indemnice por concepto de lucro cesante debe ser objeto de prueba suficiente que lo acredite o, de lo contrario, no puede haber reconocimiento alguno (artículos 177 del C. de P. C. y 167 del C.G.P.) (Negrilla por fuera del texto).

En conclusión, esta reciente jurisprudencia elimina presunciones de cualquier tipo para acceder reconocimiento a indemnización por lucro cesante, y a su turno, exige la prueba que acredite el lucro recibido y sobre el cual se liquidará el consolidado o futuro, prueba que para el caso concreto brilla por su ausencia. Esta situación impide el reconocimiento de una condena de este tipo, y hace inocuo entrar a desvirtuar la liquidación realizada, toda vez que si no se acreditó la existencia del perjuicio, es superfluo entrar a debatir sobre la extensión del mismo.

FRENTE A LA 1.5: Me opongo a que prospere esta pretensión teniendo en cuenta que conforme a las pruebas documentales, fundamentos y razones de derecho allegadas a la demanda, inequívocamente se pudo acreditar

que no le asiste responsabilidad a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** por los presuntos perjuicios materiales generados a los aquí demandantes, luego tampoco lo será por costas ni intereses.

III. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE

Pese a que no se determinó la causa eficiente en la producción del daño, las hipótesis que infieren sobre la atribución que realiza la parte demandante se relacionan con la prestación del servicio médico. Las diferentes atribuciones fácticas muestran que las pretensiones se fundamentan en cuestionar el cumplimiento al contenido obligacional que en abstracto fijan las normas. No obstante lo anterior, con la intención de realizar una aproximación al Despacho en lo relacionado con la debida escogencia del régimen de responsabilidad a aplicarse, se partirá de la base de que el inconformismo se deriva de la atención médica brindada por la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, a la paciente **ELIZABETH REYES LOZANO**.

Lo primero que debe anunciarse es que en materia médico asistencial la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado sostienen una tesis unánime desde el año 2008: aplicación de un régimen de culpa probada (en términos administrativos falla probada del servicio). Si bien el avance jurisprudencial fue dinámico, variando en reiteradas oportunidades entre falla presunta, probada y un régimen objetivo de responsabilidad, lo cierto es que a partir de las ponencias de la Dra. Ruth Stella Correa a lo largo del año 2006 y en adelante, se estableció que había suficientes mecanismos para proveer al demandante de herramientas para una buena defensa.

El título de falla presunta se había contemplado porque se trataba de equilibrar la supuesta disparidad que había entre el demandante y las clínicas o médicos, al enfrentarse en un litigio de responsabilidad médica. A pesar de pretender aligerar cargas probatorias, la estructura de la responsabilidad impone al demandante acreditar en todos los casos, régimen objetivo o subjetivo, la imputación. En términos prácticos, y fue uno de los argumentos que sostuvo el Consejo de Estado para consolidar la falla probada del servicio como título de imputación aplicable actualmente, siempre se iba a terminar probando la falla si se lograba estructurar la imputación.

Teniendo en cuenta que en el sistema procesal colombiano no existe tarifa legal y el demandante puede servirse de cualquier medio probatorio para acreditar lo que pretende, inclusive la prueba indiciaria; que no hay un fundamento legal que permita estructurar un título de imputación de falla presunta; y que existe la obligación de lealtad procesal frente a la aportación de material probatorio, se consolidó la tesis de que establecer un título de imputación diferente al de la falla probada era algo innecesario. Se refuerza esta postura con la entrada en vigencia del Código General del Proceso, el cual establece que las partes en la contestación deben aportar todas las pruebas que tengan en su poder y la posibilidad de agotar las pruebas de oficio para llegar al proceso con el material recaudado.

En este sentido se ha pronunciado el Consejo de Estado, que en jurisprudencia reciente aclaró:

En cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente la Sección ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, en la actualidad la posición consolidada de la Sala en esta materia la constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la

actividad médica hospitalaria.(...) Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende: "... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz". Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la "lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz", se debe observar que está produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio, (...)"⁷.

De la posición jurisprudencial se concluye que el proceso debe ser tratado bajo un régimen subjetivo de responsabilidad, pues los daños reclamados parten de los presupuestos propios de un régimen de este tipo. Las pretensiones se fundamentan, según las circunstancias fácticas de la demanda, en cuestionar la prestación del servicio médico que se le realizó a la señora **ELIZABETH REYES LOZANO**.

La justificación de consagrar este título de imputación como régimen general de responsabilidad obedece a que el Juez puede motivar libremente sus decisiones de acuerdo a las pruebas allegadas al proceso para así establecer políticas de prevención de daños antijurídicos derivado del incumplimiento de obligaciones. De esta manera, es claro que existiendo para este régimen de responsabilidad un postulado general de libertad probatoria en el que el demandante puede servirse de cualquier medio probatorio disponible, no hay razón para que se supla esta carga cambiando el régimen de responsabilidad aplicable o configurando elementos estructurales de la responsabilidad que no están debidamente acreditados. Por todo esto, debe advertirse que el régimen aplicable es el de falla probada del servicio y que corresponde a la parte demandante probar el daño antijurídico y la imputación.

Del mismo modo, como lo viene haciendo la Sentencia de Unificación del 19 de abril del 2012, expediente 21515, que a la parte actora en estos eventos obstétricos le corresponde acreditar:

"(...) i) El daño antijurídico, ii) La imputación fáctica, que puede ser demostrada mediante indicios, la existencia de una probabilidad preponderante en la producción del resultado dañino, el desconocimiento al deber de posición de garantía o la vulneración al principio de confianza, y iii) El hecho indicador del indicio o falla, esto es, que el embarazo se desarrolló en términos normales hasta el momento del parto (...)"⁸

Partiendo de este criterio, y según lo sostenido por el artículo 167 del Código General del Proceso, "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen". Así entonces, la parte demandante tiene la carga probatoria durante el proceso de acreditar los elementos estructurales de la responsabilidad que pretende atribuir a la entidad hospitalaria demandada, conducta que no ha cumplido hasta esta etapa.

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. (18 de mayo de 2017) Expediente 35613. [C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa].

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. (10 de septiembre de 2014) Expediente 29590. [C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa].

Además, al momento de valorar los elementos probatorios disponibles en el proceso para acreditar la falla del servicio, debe realizarse también un análisis causal para que esa supuesta falla haya determinado el daño. No basta solamente acreditar una omisión administrativa en el cumplimiento de sus deberes, sino que el juicio de responsabilidad implica también la prueba de los demás requisitos estructurales, por tanto, establecer el régimen de responsabilidad no supone por sí mismo la atribución de responsabilidad. Al respecto se ha precisado:

“La falla de la administración, para que pueda considerarse entonces verdaderamente como causa del perjuicio y comprometa su responsabilidad, no puede ser entonces cualquier tipo de falta. Ella debe ser de tal entidad que, teniendo en cuenta las concretas circunstancias en que debía prestarse el servicio, la conducta de la administración pueda considerarse como “anormalmente deficiente”⁹.

IV. EXCEPCIONES PREVIAS FRENTE A LA DEMANDA

1. INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE LOS REQUISITOS FORMALES (EXCEPCIÓN PREVIA)

De acuerdo con el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), los artículos 162 y 166 disponen ciertos requisitos que la demanda debe cumplir en el ámbito de lo contencioso administrativo. A pesar que el acceso a la administración de justicia es un principio, este no es absoluto y demanda cumplir con unos mínimos legales.

En ese orden de ideas, se evidencia claramente la **falta total** al requisito que dispone el numeral 6 del artículo 162. A saber: “La estimación razonada de la cuantía”. Como se podrá evidenciar a continuación, en el escrito de la demanda, el demandante indicó lo siguiente:

CAPITULO V. ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

Se reclaman en este proceso el pago de los perjuicios Morales, Materiales y daño a la Vida de Relación, por el daño ocasionado a la señora ELIZABETH REYES LOZANO , como afectada directa y por los perjuicios ocasionados a ANIBAL ARIAS, ALLISON ANDREA ARIAS REYES, JEFFERSON JAVIER LEGARDA REYES y MYRIAM REYES DE HOLGUIN donde la pretensión mayor como lo dispone el Código Contencioso administrativo corresponde a los perjuicios Morales que se solicitan ascienden a DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, por valor de CIENTO CUARENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS (\$147.542.800)

Teniendo en cuenta lo anterior, de los hechos esbozados en la demanda, se extrae que la cuantía se estimó por valor de **CIENTO CUARENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$147.542.800)**, en lo que consideró la pretensión “mayor”, con relación a los perjuicios de índole inmaterial.

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de septiembre 11 de 1997, expediente: 11764. Posición reiterada en sentencias de 25 de abril de 2012, expediente: 22572 y 12 de agosto de 2013, expediente: 27475.

No obstante, de la lectura juiciosa del artículo 157 del CPACA, modificado a su vez por el artículo 32 de la Ley 2080 del 2021 se tiene que:

ARTÍCULO 157. COMPETENCIA POR RAZÓN DE LA CUANTÍA. Para efectos de la competencia, cuando sea del caso, la cuantía se determinará por el valor de la multa impuesta o de los perjuicios causados, según la estimación razonada hecha por el actor en la demanda, sin que en ella pueda considerarse la estimación de los perjuicios inmateriales, salvo que estos últimos sean los únicos que se reclamen.

La cuantía se determinará por el valor de las pretensiones al tiempo de la demanda, que tomará en cuenta los frutos, intereses, multas o perjuicios reclamados como accesorios, causados hasta la presentación de aquella.

Para los efectos aquí contemplados, cuando en la demanda se acumulen varias pretensiones, la cuantía se determinará por el valor de la pretensión mayor (...).

Así pues, es completa y absolutamente claro que la cuantía se debió determinar **por el valor de los perjuicios materiales causados**, sin estimar los perjuicios inmateriales, salvo que esos fueren los únicos que se reclamasen. En el caso de marras, el apoderado manifiesta que: “(...) Se reclaman en este proceso el pago de perjuicios morales, materiales y daño a la vida de relación (...)”, **lo cual automáticamente elimina de tajo los perjuicios inmateriales para estimar la cuantía**. Por último, debe recordarse que, si bien el daño a la vida de relación no es reconocido actualmente por el Honorable Consejo de Estado, dado que se unificó en la categoría de daño a la salud, este tipo de perjuicio también es de índole inmaterial.

Por lo anterior, el despacho no debió haber proferido Auto mediante el cual resolvió admitir la demanda. Así las cosas, solicito se declare probada esta excepción que emana del numeral 5 del artículo 100 del CGP.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. COADYUVANCIA DE LAS EXCEPCIONES QUE INTERPUSO LA E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda las planteadas por la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, que coadyuvo expresamente, solo en cuanto las mismas no perjudiquen a mi representada, ni comprometan su responsabilidad.

2. NO SE ENCUENTRA DEMOSTRADO EL HECHO GENERADOR DEL PRESUNTO DAÑO ALEGADO POR PARTE DE ELIZABETH REYES LOZANO

En tratándose de la falla probada del servicio como título de imputación, es claro que le asiste al demandante demostrar que la creación de un riesgo por parte del demandado fue la causa del daño cuya reparación reclama.

En otras palabras, la parte actora tiene la carga de probar dos supuestos para que proceda la declaración de responsabilidad. A saber: (i) la determinación de un daño antijurídico causado al afectado, y (ii) Que el antedicho daño antijurídico sea imputable a la acción u omisión de las entidades demandadas.

Es así como en aquellas situaciones en donde el demandante aduce haber sufrido un perjuicio bajo este título de imputación es claro que inexorablemente se mantiene la carga probatoria en cabeza de la parte demandante. En el caso que nos ocupa, es necesario concluir que los elementos constitutivos de la responsabilidad extracontractual están lejos de ser demostrados. No hay evidencia concluyente, ni mucho menos sólida, que justifique las pretensiones de la parte actora.

Siendo así las cosas, en tanto no se demuestre cabalmente la relación de causalidad entre la conducta presuntamente desplegada por el demandado y el accidente referido en la demanda, será imposible para el Juez derivar cualquier clase de responsabilidad de los sujetos demandados, no solo por cuanto faltare uno de los elementos que configuran la responsabilidad extracontractual del Estado, sino también porque, por sustracción de materia no será factible analizar la incidencia causal del accionar de los demandados o terceros involucrados.

En consecuencia, es claro que las pretensiones de la demanda solo están llamadas a ser reconocidas en la medida que se compruebe fehacientemente que la conducta desplegada por el demandado constituyó la causa eficiente del acaecimiento del referido accidente. De lo contrario, es claro que no podrá proferirse condena alguna en contra de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

3. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

Obedeciendo los títulos de imputación vigentes y utilizados por la jurisdicción contencioso administrativa, al presente caso debe impartírsele el régimen general de **falla probada del servicio**, lo cual, al tratarse de un régimen subjetivo de responsabilidad le impone a la parte demandante el deber de probar los supuestos de hecho que sirven de sustento a sus pretensiones. La justificación de consagrar la falla probada del servicio como régimen general de responsabilidad obedece a que con este título el juez puede motivar libremente sus decisiones de acuerdo a las pruebas allegadas al proceso, es decir, le permite establecer políticas de prevención de daños antijurídicos derivado del incumplimiento de obligaciones.

Así las cosas, el apoderado actor debe probar los elementos estructurales de la responsabilidad, que como se anticipó en el acápite anterior, en materia administrativa son el daño y la imputación. Estos dos elementos estructurales nunca se presumen y deben estar debidamente acreditados por la parte actora. Ahora bien, en lo que respecta a la imputación, no hay prueba que permita su estructuración, más allá de hipótesis e indicios.

Corolario lo anterior, de antaño la jurisprudencia del máximo tribunal de lo contencioso administrativo determinó lo siguiente:

*“La noción de la falla del servicio no desaparece, como lo ha señalado la Sala, de la responsabilidad estatal fundada en el citado artículo 90 de la Carta. Cuando de ella se derive la responsabilidad que se imputa a la administración se constituye en un elemento **que debe ser***

acreditado por el demandante. Así lo ha repetido esta misma Sala¹⁰. Negrilla por fuera del texto

La imputación tiene unas etapas que no pueden desconocerse al momento de intentar atribuir un daño, por lo que es claro que no hay suficientes pruebas que permitan concluir la estructuración de responsabilidad de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y por ende, de la entidad aseguradora que represento.

Para partir de la base de atribuir responsabilidad, el demandante debió determinar desde la perspectiva causal qué conducta, acción u omisión, fue la que produjo el daño. Se reitera que en este caso el demandante se refirió a la responsabilidad de la demandada, al manifestar que existía una relación de causalidad entre la responsabilidad del mismo y el presunto daño causado como consecuencia de la práctica de una una histerectomía total abdominal, más sou izquierda y liberación de adherencias, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles. Sin embargo, **estas son apreciaciones subjetivas de las que no hay prueba suficientemente conducente**, ya que la demandante no logra acreditar con suficiencia que producto de la intervención quirúrgica se hubiese generado el presunto daño, toda vez que la actora contaba con **antecedentes como dos (2) cesáreas previas y la preexistencia de bridas en la zona pélvica**. Empero, aún en gracia de discusión, si presuntamente producto de la intervención quirúrgica se produjo una fístula vesico - vaginal, esta es una circunstancia común en este tipo de procedimientos.

Esa hipótesis de responsabilidad fue construida por la parte demandante para fundamentar la legitimación por pasiva de la entidad demandada, omitiendo prueba alguna que permitiera atribuir a los demandados el daño generado.

En tratándose de la falla del servicio como título de imputación y la respectiva carga de la prueba a cargo del demandante, la máxima corporación de lo contencioso administrativo precisó:

“(…) La Sala, de tiempo atrás, ha dicho que la falla del servicio ha sido en el Derecho Colombiano y continúa siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete 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 (…)

(…) Reiteradamente la Sala ha señalado que la responsabilidad del Estado se ve comprometida cuando se encuentran acreditados los siguientes elementos: i) la existencia de una obligación legal o reglamentaria a cargo de la entidad demandada de realizar la acción con la cual se habrían evitado los perjuicios; ii) la omisión de poner en funcionamiento los recursos de que se dispone para el adecuado cumplimiento del deber legal, atendidas las circunstancias particulares del caso; iii) un daño antijurídico, y iv) la relación causal entre la omisión y el daño (…)¹¹”.

Está claro que la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, conforme a la *lex artis*, **llevó a cabo todos los procedimientos médicos con pericia, cuidado, responsabilidad y esfuerzo profesional para procurar el mejor resultado posible con la señora ELIZABETH REYES LOZANO, no sin antes tener en cuenta que**

¹⁰ Consejo de Estado (1993). Expediente 7742 del 25 de febrero. C.P. Carlos Betancur Jaramillo.

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera (2011). Sentencia 22.745, C.P. Mauricio Fajardo Gómez. 14 de septiembre.

la obligación de los galenos es de medios y no de resultados, de manera que la sola existencia del daño no puede hacer presumir de ninguna manera la falla del servicio.

De la lectura detenida de la historia clínica allegada por el centro asistencial asegurado, se desprende inequívocamente que todas las actuaciones que desplegó la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** para con la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** fueron serias, oportunas, aterrizadas y apegadas a la *lex artis*, conforme al nivel de complejidad de una institución de segundo (II) nivel.

Ahora, en superabundancia, en el remoto e hipotético evento en que el despacho considerase que por parte del galeno existió un **error de diagnóstico**, el honorable Consejo de Estado en un caso semejante al aquí discutido determinó que no existió falla médica alguna por un error de diagnóstico, pues no en todos los casos en que este no resultaba acertado se comprometía la responsabilidad por el acto médico, pues para ello deberían probarse algunas de las siguientes exigencias¹²:

- El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.
- El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.
- El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.
- El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente.
- Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso en concreto.

Sumado a lo anterior, es claro, conforme a la historia clínica que reposa en el expediente que el médico tratante sometió al demandante a una valoración física completa, utilizó todos los recursos técnicos y científicos para determinar el procedimiento a seguir, interpretó oportunamente los síntomas del paciente y sobre todo, realizó oportunamente los exámenes indicados para atender a la actora de manera eficiente. Finalmente, resulta menester indicar que a través de la Sentencia antes referenciada¹³, se indicó lo siguiente:

“(…) En los casos en los cuales el actor cuestione la pertinencia o idoneidad de los procedimientos médicos efectuados, a su cargo estará la prueba de dichas falencias (…)”.

En suma, en el asunto que nos ocupa, se observa a lo largo del expediente que los hechos que fungieron de base para la acción interpuesta por los demandantes, no son imputables al demandado. Por ello, es imposible hacer viable la prosperidad de los perjuicios alegados, como quiera que el demandante pretende el pago de una indemnización, aduciendo como base la supuesta responsabilidad administrativa, sin que ello se hubiere presentado, por el contrario se logró demostrar que la conducta y actuación desplegada los galenos que atendieron a **ELIZABETH REYES LOZANO**, se ajustó siempre y en todo momento a los cánones de la *lex artis* para este tipo de intervenciones, y no obedeció a una mala práctica médica por su parte.

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Sentencia del 13 de junio del 2016, exp. 85001-23-31-000-2005-00630-01(37387), C.P.: Carlos Alberto Zambrano Barrera.

¹³ Ídem.

Así pues, es importante precisar en este punto que, si no hay ningún parámetro que pueda evidenciar una falla de la que se desprenda la obligación de reparar por parte de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, luego no hay ningún fundamento jurídico para que la sociedad que represento intervenga en calidad de llamado en garantía dentro de la presente acción.

Por lo anterior, le ruego al señor Juez declarar probada esta excepción.

4. HECHO EXCLUSIVO Y DETERMINANTE DE UN TERCERO

Si eventualmente el Despacho considera que sí se estructuró un daño sobre el cual proceda una indemnización, necesariamente debe concluir que este no es atribuible a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**. Ya se ha hablado sobre los problemas de interpretación para identificar la causa eficiente del daño, no obstante, en cualquier escenario queda totalmente claro que de configurarse una causa, esta no es atribuible al Hospital demandado.

Como se desprende de la historia clínica de la actora, la causa eficiente del daño (en caso de que resulte probado) fue la atención médica que recibió la paciente en otro centro asistencial. Si desde esa perspectiva causal se partiera para atribuir un daño, es totalmente claro que el juicio no puede realizarse respecto al hospital demandado, y será evidentemente necesario declarar la intervención autónoma y exclusiva de un tercero en la materialización del daño.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

5. LA OBLIGACIÓN MÉDICA ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, RESPECTO A LOS PROCEDIMIENTOS Y ATENCIÓN REALIZADA A LA SEÑORA ELIZABETH REYES LOZANO

Al día de hoy, en lo que alude a la responsabilidad médica, no cabe duda de la tesis mayoritaria la cual se inclina a que la obligación asumida por el galeno es de medio y no de resultado, lo que es determinante para efectos de definir el régimen de responsabilidad aplicable en los eventos en los que se discute un daño como producto de la actividad médica. Esto incluso aplica en lo que atañe a la especialidad de urgencias, pues se ha señalado que no puede exigirse al profesional en salud un resultado concreto, una garantía o un producto determinado, sino que su única obligación es la de realizar su actividad de la mejor manera posible, de acuerdo a los conocimientos adquiridos, actualizados y conforme las técnicas y usos existentes aceptados por las autoridades médicas, con el propósito de que el resultado sea el que normal y ordinariamente debe producirse.

En este orden de ideas, salta a la vista que la corriente doctrinal minoritaria que se inclina por reconocer obligaciones de resultado para ciertas ramas de la medicina o procedimientos médicos concretos constituye una tesis que fue ampliamente superada por la jurisprudencia colombiana.

En el caso de marras, evidentemente no puede aplicarse la presunción de una atención sin yerros y que la cirugía no tuviese complicación alguna.

La histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. Una histerectomía parcial solo extirpa el útero y deja el cuello uterino intacto. Una histerectomía total extirpa el útero y el cuello uterino. A veces una histerectomía incluye la extirpación de

uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio. La histerectomía también se puede realizar a través de una incisión en la vagina (histerectomía vaginal) o mediante el enfoque quirúrgico robótico o laparoscópico, que utiliza instrumentos largos y delgados insertados a través de incisiones abdominales pequeñas. Como todo procedimiento, este puede presentar riesgos, los cuales pueden ser:

1. Choque hipovolémico.
2. Infecciones postquirúrgicas.
3. Dehiscencia de herida.
4. Lesión intestinal.
5. Lesión ureteral.
6. Lesión vesical.
7. Edema pulmonar.
8. Isquemia miocárdica.
9. Infarto miocárdico.
10. Íleo metabólico.
11. Fístula vesical.

A continuación, deben tenerse en cuenta los siguientes puntos que refuerzan el despliegue de las actuaciones médicas correctas y tendientes al tratamiento terapéutico adecuado:

- La urgencia del tratamiento: De acuerdo con la historia clínica la señora **ELIZABETH REYES LOZANO**, fue sometida a diagnóstico, procedimiento y postoperatorio sin dilación alguna.
- Afectación de derechos del paciente de no realizarse la intervención: La paciente ingresó al servicio de urgencias manifestando dolor, por lo que tuvo que someterse a la intervención con la finalidad de salvaguardar su vida e integridad.
- Existencia de otros tratamientos: Ya se había agotado todos los tratamientos posibles con la demandante antes de acudir a la histerectomía. Este era el tratamiento tradicional que la comunidad científica acepta.
- Comprensión de los efectos: La paciente comprendía perfectamente y no tenía ningún vicio en su consentimiento que la nublara de entender y someterse al tratamiento.
- Dificultad del tratamiento: Como todo tratamiento tiene posibles riesgos y eventualmente puede el organismo de la paciente disminuir las probabilidades de éxito de la operación.

Es menester plasmar en este medio exceptivo lo determinado por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en 2017¹⁴, en un proceso de responsabilidad médica en la cual se debatía la responsabilidad de los médicos por una perforación de duodeno:

“(…) Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, aparea la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa (…)

(…) Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis (…). Ello no significa soslayar los errores. Estos pueden ser excusables e inexcusables. En el ámbito de estos últimos, se hallan los groseros, los culposos, los faltos de diligencia y cuidado, y por tanto injustificados, motivo por el cual resultan abiertamente inexcusables y consecuencialmente, reparables “in natura” o por “equivalente”, pero integralmente. Todos los otros resultan excusables (…).”

Entonces, los profesionales de la salud de la **ELIZABETH REYES LOZANO**, utilizaron todos los medios que tenían a su alcance para realizaron un análisis empírico y descartar las múltiples patologías que tienen como síntomas los mismos con que ingresó la paciente. Luego realizaron histerectomía. Se hace énfasis en el cumplimiento de las obligaciones médicas, pues los galenos desplegaron los tratamientos, exámenes y servicios médicos como se los demanda la *lex artis*, y respetando siempre el juramento hipocrático, con el único fin de salvaguardar la vida de la hoy actora.

En mérito de lo expuesto, comedidamente solicito declarar probada la presente excepción.

6. CARENCA DE PRUEBA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS Y EXAGERADA TASACIÓN DE LOS MISMOS

Como se explicó en líneas anteriores, la tasación de los perjuicios materiales no obedece a un sustento probatorio que fehacientemente indique el perjuicio exacto en que incurrieron los demandantes. Como se explicó, el juzgador no está obligado a reconocer pretensiones indemnizatorias que no estén claramente acreditadas y tasadas porque no puede presumirlas y se debe atener a lo allegado oportunamente y probado en el proceso.

¹⁴ Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia (2017). Radicación 05001-31-03-012-2006-00234-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. Mayo 24.

En el caso de marras, tales pretensiones resultan ser inaceptables y respecto de las cuales no obra prueba en el expediente. Así las cosas, las mismas solamente demuestran un claro afán de lucro de la parte activa, las cuales de ninguna forma pueden ser endilgadas a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que no es admisible la presunción en esa materia, de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO II

I. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Por otra parte, procedo a manifestarme sobre los supuestos fácticos del llamamiento en garantía formulado por parte de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, de conformidad con el orden allí expuesto:

AL HECHO 1. Es cierto parcialmente, aclaro: El día 23 de febrero del 2016, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, expidió la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexo 0, que comprendía el amparo para la vigencia desde las 23:59 horas del 28/02/2016, hasta las 23:59 horas del 28/03/2017, bajo la modalidad de cobertura *claims made*, en donde se ampararían las indemnizaciones que el asegurado debiese pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada (28 de febrero del 2015).

Posterior a ello, el 1 de enero del 2017, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, expidió el anexo de renovación No. 1 de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004**, que comprendía el amparo para la vigencia desde las 23:59 horas del 28/02/2017, hasta las 23:59 horas del 28/02/2018, bajo la modalidad de cobertura *claims made*, en donde se ampararían las indemnizaciones que el asegurado debiese pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada (28 de febrero del 2015).

A continuación, el 1 de enero del 2018, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, expidió el anexo de renovación No. 2 de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004**, que comprendía el amparo para la vigencia desde las 23:59 horas del 28/02/2018, hasta las 23:59 horas del 28/02/2019, bajo la modalidad de cobertura *claims made*,

en donde se ampararían las indemnizaciones que el asegurado debiese pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada (28 de febrero del 2015).

En el orden de lo comentado, el 1 de enero del 2017, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, expidió el anexo de renovación No. 3 de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004**, mediante el cual se llevó a cabo la actualización de centros y puestos de salud habilitados en la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

En ese orden de ideas, y teniendo en cuenta que la primera reclamación a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** se produjo por fuera del periodo de vigencia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** (15 de julio del 2019), **desde ya se advierte la inexistencia de cobertura dada modalidad temporal suscrita en las mismas.**

Es importante aclarar que el contrato de seguro, documentado a través de la póliza No. **720 88 994000000004**, se encuentra sujeto a los precisos términos y condiciones establecidas en la misma y esta fue tomada por la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

AL HECHO 2. No se trata de un hecho que sirva de base para el llamamiento en garantía, únicamente se hace referencia a una apreciación subjetiva del apoderado del centro asistencial asegurado frente a los ámbitos de cobertura de la póliza.

AL HECHO 3. No se trata de un hecho que sirva de base para el llamamiento en garantía, únicamente se hace referencia a conjeturas del apoderado del centro asistencial asegurado. Empero, en el remoto e hipotético evento de realizarse el riesgo asegurado, se deberán tener en cuenta ámbitos de cobertura, los límites, sublímites, las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también, si se comprueba una causa de exclusión.

II. A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Al momento de resolver lo concerniente a la relación sustancial que sirve de base a la convocatoria que se hizo a mi procurada, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, como llamada en garantía por parte la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, ruego tener en cuenta, pese a la ausencia de responsabilidad de dicha entidad y de mi procurada en torno a los hechos en que se basa la demanda, que en el remoto caso que prosperaren una o algunas de las pretensiones del libelo de la parte actora, en gracia de discusión y sin que esta observación constituya aceptación de responsabilidad alguna, mi representada se opone a la prosperidad de las pretensiones del llamamiento en garantía en la medida que excedan los límites y coberturas acordadas, y/o desconozcan las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también, si exceden el ámbito amparado otorgado o no se demuestra la realización del riesgo asegurado o se comprueba una causa de exclusión.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Sobre este punto es importante recalcar que ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro debido al lapso de tiempo que transcurrió entre el conocimiento que la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** tuvo del siniestro y de la respectiva notificación del llamamiento en garantía a mi procurada.

La **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, como parte interesada en el contrato de seguro, contaba con dos (2) años a partir de la reclamación extrajudicial o judicial que le hiciera la presunta víctima para reclamarle a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** el pago de los perjuicios que supuestamente debería sufragar como indemnización.

El Código de Comercio lo ha establecido en el artículo 1081 de la siguiente manera: “La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”.

Sobre la partícula “interesado” se entiende que es el sujeto de derecho, entiéndase persona natural, jurídica o patrimonio autónomo, que tiene la posibilidad de ser indemnizada por la compañía aseguradora cuando se presente la ocurrencia de un siniestro. Esto quiere decir que la figura del interesado radica en aquella a quien el asegurador debe pagar o quien esté en la posibilidad de exigir el pago de una indemnización. Sobre lo anterior, de antaño la Corte Suprema de Justicia ha determinado que por interesado debe entenderse: el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador. Entonces, las personas anteriormente nombradas son las que tienen la calidad de interesados y por ello están cobijadas por el plazo de la prescripción de que trata el artículo 1081, bien sea a favor o en contra.

Ahora bien, los plazos prescriptivos no corren para todos los interesados de la misma forma. Para la víctima corre a partir de que conoce el hecho y para el asegurado, que muchas veces ostenta también la figura de tomador y beneficiario, a partir que la víctima le exige el pago de una indemnización, ora judicial o extrajudicialmente. Sobre esto el doctrinante Hernán López Blanco ha sido enfático:

“(…) es el asegurado quien está habilitado para ejercer la acción pertinente respecto de la aseguradora y en ella los plazos de prescripción para el mismo se computarán desde cuando la víctima lo requiere judicial o extrajudicialmente para que pague unos perjuicios, o sea que para el asegurado no empieza a correr el plazo de los dos años en el mismo momento en que se inicia para la víctima y beneficiario del contrato, o sea desde cuando sucede el hecho externo imputable al asegurado, sino a partir de la presentación de una reclamación judicial o extrajudicial (...)”

Lo anterior igualmente es establecido por el artículo 1131 del Código de Comercio: “En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial”.

En el caso que nos ocupa, se tienen las siguientes fechas:

- Radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial: 12 de junio del 2019.
- Celebración de audiencia de conciliación extrajudicial: 15 de julio del 2019.
- Notificación de la admisión del llamamiento en garantía: 11 de noviembre del 2021.
- Notificación del llamamiento en garantía a mi representada: 19 de noviembre del 2021.

Así las cosas, se puede evidenciar que entre la celebración de audiencia de conciliación y la notificación del llamamiento en garantía a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, **transcurrieron más de dos (2) años y cinco (5) meses.**

El fenómeno de la prescripción ha operado en tanto la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, como uno de los convocados que, a pesar de no asistir a la diligencia, fue debidamente notificado de la misma. Así las cosas, desde el 15 de julio del 2019, ese centro asistencial conoció del siniestro y de la indemnización por concepto de perjuicios pedida por la aquí accionante, por lo que las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas.

2. INEXISTENCIA DE COBERTURA Y CONSECUENTEMENTE DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DADA LA MODALIDAD TEMPORAL (CLAIMS MADE) SUSCRITA EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 720 88 994000000004 ANEXOS 0, 1 Y 2.

Respecto al llamamiento en garantía se debe destacar como primera medida, que la responsabilidad de mi prohijada solo puede verse comprometida ante el cumplimiento de la condición pactada, de la que pende el surgimiento de la obligación condicional, esto es la realización del riesgo asegurado.

La modalidad de seguro Claims Made fue introducida a nuestro ordenamiento jurídico por medio del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, en virtud del cual se permitió la expedición de pólizas cuya cobertura estuviere determinada por la fecha de la reclamación del beneficiario del seguro:

ARTICULO 4o. 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.

Sobre la reseñada modalidad de seguro, la Corte Suprema de Justicia ha precisado:

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.

Se concluye que para que opere la cobertura de un seguro que se pactó bajo la modalidad “claims made” o “de reclamación”, deben cumplirse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, los siguientes requisitos: (i) que los eventos que dieron origen al proceso se encuentren dentro de la vigencia o del período de retroactividad de la póliza y (ii) que dichos eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. Esta doble exigencia consagrada en la ley 389 de 1997 (sinistro y reclamación dentro del término específico) deberá agotarse en todos los casos para el nacimiento de la obligación resarcitoria del asegurador.

En el caso que nos ocupa se tiene que los contratos de seguro documentados en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1, y 2 concertados entre la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y mi representada, fue pactado bajo modalidad “*Claims Made*”. En consecuencia, para que opere la cobertura de las tres pólizas mencionadas, debe acreditarse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, que la primera reclamación con ocasión a los hechos que motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia de la reseñada póliza.

Por lo anterior, la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000004 anexos 0, 1 y 2 no debe afectarse, toda vez que la primera reclamación que se formuló no se realizó dentro del periodo de vigencia convenido.

En cuanto a la reclamación, la misma hace referencia a cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa imputable al asegurado. En este sentido, de la revisión del material documental aportado con la demanda, se observa que la audiencia de conciliación extrajudicial en la que se reclama al asegurado fue el **15 de julio del 2019**.

La vigencia pactada en los anexos de la póliza es la siguiente:

- Anexo 0: Del 28 de febrero del 2016 al 28 de febrero del 2017.
- Anexo 1: Del 28 de febrero del 2017 al 28 de febrero del 2018.
- Anexo 2: Del 28 de febrero del 2018 al 28 de febrero del 2019.

Con base en lo anterior, no se efectuó la comunicación o requerimiento al asegurado o aseguradora de petición de resarcimiento en la vigencia del contrato. Atendiendo lo previsto legalmente y pactado contractualmente, solamente se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas al asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza, y como se indicó, esta situación no se presentó con el contrato objeto del llamamiento en garantía.

Entonces, de acuerdo a la modalidad de cobertura explicada, debe necesariamente concluirse por el Juzgado que dicha póliza no tendría cobertura en el caso debido a que la reclamación a la entidad asegurada se presentó por fuera de la vigencia pactada en los contratos de seguro.

Por lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

3. INEXISTENCIA DE AMPARO Y CONSECUENTEMENTE DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA EN TANTO NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO PREVISTO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 720 88 994000000004 ANEXOS 0, 1 Y 2

Respecto al llamamiento en garantía se debe destacar como primera medida, que la responsabilidad de mi prohijada solo puede verse comprometida ante el cumplimiento de la condición pactada, de la que pende el surgimiento de la obligación condicional, esto es la realización del riesgo asegurado.

Es decir que la responsabilidad de mi representada está supeditada al contenido de la póliza, sus diversas condiciones, al ámbito de amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, a los riesgos asumidos por la convocada, a los valores asegurados para cada amparo, al deducible pactado etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido del contexto de la correspondiente póliza.

En el caso de marras, el interés asegurado de la precitada póliza consiste en:

Responsabilidad Civil Profesional Médica Institucional respecto del daño emergente por lesión o muerte ocasionados como consecuencia directa de errores u omisiones en el acto médico, durante la prestación de un servicio médico ejecutado en ejercicio de las actividades profesionales que correspondan a la institución o al personal auxiliar interviniente, siempre y cuando haya actuado dentro de la especialidad para la cual se encuentran debidamente autorizados.

Ahora, en el caso particular se observa que dicha condición nunca se cumplió, toda vez que la responsabilidad de la aseguradora está delimitada estrictamente por el amparo que otorgó a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, tal y como se estipuló en el contrato de seguro que enmarca la eventual obligación de mi representada y considerando que la responsabilidad del ente convocante no se estructuró por no existir falla alguna de su parte o del personal a su servicio que haya originado algún perjuicio a los demandantes, los hechos y pretensiones de la demanda carecen de cobertura bajo la póliza de seguro utilizada como fundamento del llamamiento en garantía, pues no se cumplió la condición a la que está sometida la obligación de la aseguradora, esto es, que se realice el riesgo asegurado en los términos de la póliza.

Luego al no realizarse el riesgo asegurado, o no existir amparo para el evento, el juzgador debe exonerar a mi representada de toda obligación.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, Sentencia del 2 de mayo de 2000. Ref. Expediente: 6291. M.P: Jorge Santos Ballesteros; indicó lo siguiente:

“(…) Son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar (…).”

Por lo tanto, son estas las manifestaciones las que enmarcan las condiciones que regulan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo expresamente enunciado en el condicionado del contrato de seguro.

Vale la pena recordar al respecto, que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador, (la de indemnizar), una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 del Código de Comercio). Por ello, el nacimiento de la indemnización pende, exclusivamente, de la realización del siniestro contractualmente asegurado, por lo cual, no cualquier acto o hecho tiene la propiedad de ser un acto asegurado, sino únicamente tienen esta característica aquellos actos y hechos que son expresamente pactados en la póliza del contrato de seguro.

De esta manera, el hecho de haberse pactado en las pólizas de seguro concretamente en las condiciones generales, algunas exclusiones de amparo, ellas deben considerarse al proferirse la respectiva sentencia, pues de presentarse o configurarse una de ellas se releva a la compañía de la obligación de pagar cualquier tipo de indemnización.

Tal y como se pudo rescatar de las excepciones de la demanda, es imposible que se declare la responsabilidad de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, en la medida que la misma no causó los perjuicios reclamados por la parte actora ni estos le son atribuibles; dicho de otra forma, desde ya es claro que la asegurada **no** es civilmente responsable por los hechos que se narran en la demanda, razón por la cual no habrá lugar a condenar a mi representada al pago pretendido teniendo en cuenta que su obligación condicional (derivada del contrato de seguro) no ha surgido.

Por lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

4. MARCO DE LOS AMPAROS OTORGADOS, LÍMITE MÁXIMO DE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Sin perjuicio de lo anterior, y sin que se entienda comprometida mi representada, es necesario manifestar al Despacho, que bajo la hipótesis en que naciera obligación de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, la misma se sujetará a lo consignado al tenor literal de la póliza, y por tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado. Al respecto, el Código de Comercio en su artículo 1079, ha previsto: “*El asegurador no estará*

obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada (...); siendo así las cosas, en el improbable e hipotético caso de proferirse una condena a mi procurada, esta se verá condicionada al tope máximo pactado en el clausulado:

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		225,000,000.00	0.00

En tratándose de las condiciones generales y particulares de la póliza, conforme lo indica el Profesor Ossa¹⁵, las mismas:

“Están destinadas a delimitar, de una parte, la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y el modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.”

En ese sentido, las condiciones generales *secundum legem* o *praeter legem* tienen la virtualidad de ser un reglamento de los contratantes, atendiendo límites positivos (amparos) o límites negativos (exclusiones), y que debe ser observado conforme a las normas que regulan los contratos en general¹⁶, es decir, que constituye ley para las partes en virtud del acuerdo negocial el cual debe ser respetado y honrado por los sujetos contratantes.

En suma, las condiciones generales y particulares de la póliza son el resultado de la individualización de los riesgos asumidos por el asegurador en ejercicio de su objeto social de comercializar seguros, constituyéndose en la piedra angular del negocio jurídico aseguraticio en la medida en que delimita los riesgos bajo el principio de la liberalidad en la asunción de los mismos¹⁷, de tal suerte que, de no individualizarse los riesgos, el seguro no tendría sentido alguno puesto que no gozaría de viabilidad técnica, jurídica y económica. Es decir, no puede exigírsele a una Compañía de Seguros asumir, en términos generales, la asunción de riesgos de manera indiscriminada y a responder por la materialización de ellos cualquiera sea su fuente, objeto, lugar o momento en que acaezcan, de manera que las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro y los amparos otorgados y visibles en la carátula de la póliza, son, exclusivamente, los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento.

En este punto es importante resaltar lo previsto en las condiciones generales del contrato de seguro en la cual se establece, como límite de la indemnización, que la responsabilidad de las compañías por todo concepto no excederá del valor indicado en la carátula de la póliza para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

Como se probó con el clausulado del documento aportado, si se presentaran otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderá como una sola pérdida y la

¹⁵ Ossa G. J. Efrén. Teoría General del Seguro – El Contrato. Editorial Temis 1991.

¹⁶ Código Civil, Artículos 1618 y ss.

¹⁷ Código de Comercio, Artículo 1056.

obligación de mi representada está limitada a la suma asegurada, conforme a lo dispuesto en los Arts. 1079 y 1089 del Código de Comercio, es decir, el límite global del valor asegurado por vigencia anual se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas. La suma indicada en la carátula de la la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1 y 2 es el límite máximo de responsabilidad de la compañía por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia anual del seguro.

En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de la compañía puede exceder este límite durante la vigencia anual, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros. Según el condicionado materializado en la la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1 y 2, el límite máximo de responsabilidad pactado fue de \$1.500.000.000.

En efecto, la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales, convencionales o legales, de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro. Esto significa que la responsabilidad se predicará, cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la responsabilidad de la aseguradora se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de responsabilidad civil contiene el Código de Comercio. Ahora, cobran importancia esas condiciones convencionales y los límites máximos de responsabilidad que en la póliza se determinaron, incluyendo sus condiciones generales, las exclusiones y demás estipulaciones; teniendo presentes los límites o sumas aseguradas pertinentes y los deducibles que rigen.

Por lo tanto, son las condiciones de las pólizas (particulares y generales) las que enmarcan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo enunciado en tales condiciones del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador -la de indemnizar- una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 del Código de Comercio).

En orden de lo comentado, las condiciones pactadas en la la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1 y 2, indican el tope de la obligación indemnizatoria de la compañía aseguradora junto con el valor del deducible, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra.

5. EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 720 88 994000000004 ANEXOS 0, 1 Y 2 EXISTE UN DEDUCIBLE QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL ASEGURADO

Adicionalmente, y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay cobertura bajo el seguro comentado, ni de los demás argumentos expuestos atrás, también debe tener presente que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupan, se impuso una carga al asegurado o al beneficiario en caso de siniestro, por virtud de la cual estos asumirán una parte del mismo. Esto es lo que se denomina deducible, una suma de dinero del valor del siniestro que asumirán como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las caratulas de la póliza expedida por mi representada, se concertó un deducible el cual corresponde a la

fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado. En este caso se pactó de manera específica un deducible que corresponde al 10,00% del valor de la pérdida, mínimo por \$5.000.000.

Por otra parte, y de acuerdo con la normatividad vigente, la Superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No. 2019098264 del 29 de agosto de 2019 ha sido clara en definir en qué consiste el deducible, indicando lo siguiente:

(...) Sin embargo, es preciso señalar que en nuestro ordenamiento jurídico no existe disposición que obligue al asegurador a indemnizar conforme a determinado régimen específico, en consecuencia, sea que la incapacidad o la lesión se acredite en las formas mencionadas en su comunicación, la fijación del monto de la indemnización se rige por las estipulaciones que al respecto hubieren pactado el tomador y el asegurador.

Dicho esto, en una póliza donde se ampara la responsabilidad civil extracontractual el monto de la indemnización puede verse disminuido si las partes han pactado que un porcentaje de la pérdida se asumirá a título de deducible por el asegurado, convenio que resulta legalmente viable, de acuerdo con nuestro ordenamiento mercantil.

En efecto, la Sección I del Capítulo II, Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado "...deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño".

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.

Por tanto, el valor del ofrecimiento extendido por la compañía aseguradora, podría variar en función de los perjuicios sufridos por el reclamante, así como los elementos probatorios que se hubieren allegado para acreditar el valor de la pérdida, conforme lo presupuestado en el artículo 1077 del código de comercio, aunado a las condiciones generales y particulares pactadas en la póliza, como lo son el límite del valor asegurado, el deducible pactado con el asegurado, entre otros factores (...)¹⁸.

Ruego al despacho tener en cuenta cada una de las condiciones establecidas en la póliza en comentario, haciendo especial hincapié en la suma amparada mediante el contrato y al deducible pactado en el mismo. De igual manera, solicito que en el remoto evento de que se llegare a hacer efectivo el llamamiento en garantía se apliquen todas y cada una de las cláusulas y condiciones del contrato de seguro.

¹⁸ Superfinanciera (2019). Concepto 2019098264. "Seguros, Pago de Indemnización, Seguro de Responsabilidad Civil". Agosto 29.

6. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y prescripción.

CAPÍTULO III PRUEBAS

- **DOCUMENTALES:**

Solicito se tengan como tales las siguientes:

1. Copia de la Carátula y el clausulado general de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1, 2 y 3, junto a su clausulado general.
2. Certificado ADRES de **ELIZABETH REYES LOZANO**.

- **CONTRADICCIÓN DEL PERITAJE SUSCRITO POR EL MÉDICO HERMES GRAJALES JIMÉNEZ:**

De conformidad con los artículos 220 y subsiguientes, modificados por los artículos 56, 57 y 58 de la Ley 2080 del 2021, le ruego al despacho se sirva citar al perito **HERMES GRAJALES JIMÉNEZ**, para que se surta oportunamente la contradicción de su peritaje.

- **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Solicito señor juez, citar a **ELIZABETH REYES LOZANO, ANIBAL ARIAS, JEFFERSON JAVIER LEGARDA REYES, MYRIAM LOZANO DE HOLGUÍN y ALLISON ANDREA ARIAS REYES** para realizar interrogatorio de parte sobre los hechos de la demanda, cuestionario que presentaré el día de la diligencia.

- **ANEXOS**

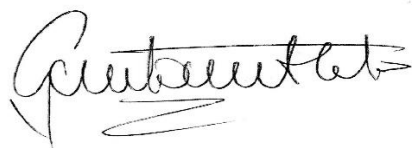
1. Poder para actuar.
2. Certificado de existencia y representación legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**.

CAPÍTULO IV NOTIFICACIONES

La parte convocante, en el lugar indicado en el escrito de Llamamiento en Garantía.

El suscrito, en la Avenida 6A Bis N° 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la ciudad de Cali, o en la Secretaría de su Despacho. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No.19.395.114 de Bogotá D.C.
T. P. No. 39.116 del C.S. J.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA				COD. AGE: 720				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
23	02	2016	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	28	02	2016	23:59	28	02	2017	23:59	366	09	12	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL								A LAS				DÍAS			
												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO	EXPEDICION
VIGENCIA DEL ANEXO	DIA MES AÑO HORAS
	28 02 2016 23:59
VIGENCIA DESDE	A LAS
	28 02 2017 23:59
VIGENCIA HASTA	A LAS
	366

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TELÉFONO: 2856161

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TELÉFONO: 2856161
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE
	CIUDAD: PALMIRA
DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51 0	
ACTIVIDAD: HOSPITAL	
DESCRIPCION	AMPAROS
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	SUMA ASEGURADA
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	225,000,000.00
	LIMITE POR EVENTO
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % 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	
BENEFICIARIOS	
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS	
CONDICIONES GENERALES TEXTO SOLIDARIA 10112010-1502-75-RC-36.	
CONDICIONES PARTICULARES	
Dirección del predio: Sede Principal Carrera 29 N° 39-51 Palmira, incluyendo los Centros y Puestos de Salud donde se presta el servicio por personal médico profesional al servicio del asegurado, según relación de predios descritos en el anexo No. 1 de la presente.	
Límite Geográfico: República de Colombia	
MODALIDAD DE LA PÓLIZA	

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****52,493,274	GASTOS EXPEDICION: \$ ****21,726.00	IVA: \$ ****8,402,400	TOTAL A PAGAR: \$ *****60,917,400
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUEMA	4796	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)00000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

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

MAURGARCIA720 0

C9DA25780F07F87656

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Responsabilidad Civil Profesional Médica Institucional respecto del daño emergente por lesión o muerte ocasionados como consecuencia directa de errores u omisiones en el acto médico, durante la prestación de un servicio médico ejecutado en ejercicio de las actividades profesionales que correspondan a la institución o al personal auxiliar interviniente, siempre y cuando haya actuado dentro de la especialidad para la cual se encuentran debidamente autorizados.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DE CLINICAS, Y CENTROS MEDICOS, COBERTURA BASE CLAIMS MADE.

"Claims made": Cubre las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante la vigencia del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE RETROACTIVIDAD; A partir del 28 de Febrero de 2015

RIESGO CUBIERTO

Responsabilidad civil institucional:

Transporte en ambulancia

Responsabilidad civil del director médico:

Uso de equipos de diagnostico o de terapéutica:

Suministro de medicamentos

Sublímite del 20% para cubrir Daños morales, daños la vida en relación y lucro cesante, siempre que el daño moral derive de un daño físico y previo fallo judicial.

Sublímite del 15% para cubrir Gastos de defensa haciendo parte del agregado anual y no en adición a éste.

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

Cobertura para los siguientes equipos

Equipos de radiografía con fines de diagnostico

Equipo de Rayos X

Equipos de Topografías por ordenador (scanner)

Equipos de radiación por Isotopos

Equipos de Generación de Rayos Laser

Equipos de medicina nuclear incluyendo las materias radioactivas necesarias para su funcionamiento.

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.

LÍMITE ASEGURADO

Col\$ 1.500.000.000,00 por Evento / Agregado Vigencia.

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.

Sublímites gastos de defensa:

Gastos de defensa hasta el 15% del Límite Asegurado.

Los Gastos de Defensa en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza serán cubiertos dentro del Límite de Asegurado y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite Asegurado en la póliza.

El Asegurador responderá por los costos del proceso aún en exceso del límite de Indemnización, sin embargo, si la condena contra el Asegurado excede el límite asegurado, el Asegurador solo responderá por los gastos en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.

El Asegurador solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas del Colegio de Abogados de la respectiva ciudad.

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.

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. Estas conciliaciones y transacciones podrán hacerse dentro del juicio o fuera de él, es decir judicial o extrajudicialmente.

LIMITE DE TERRITORIO

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.

DEDUCIBLE:

Básico: 10% del valor de la reclamación por toda y cada pérdida, con un mínimo de Col\$5.000.000.

Gastos de defensa; Sin deducible.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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.

CONDICIONES PARTICULARES

Aplicación de disposiciones del Código de Comercio. Las reglas aplicables a los seguros en general y los principios, normas y reglas aplicables a los seguros de daños serán aplicables, salvo disposición en contrario, al seguro objeto de esta contratación. Jurisdicción y Límite Geográfico Colombia.

EXCLUSIONES

En adición a las exclusiones de las condiciones generales de la póliza se excluyen además las siguientes:

"Actos médicos" realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales 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.

"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, excepto en el caso que se determine que ellos han sido causados por un factor heredado y/i iatrogénico, descubiertos en el momento o un tiempo después del nacimiento, y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta el nacimiento, incluyendo el parto.

"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 con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

"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 Contractual y Extracontractual, tal como la RC General, RC Patronal, RC de Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no médicos (E&O), Servidores Públicos, RC de Automotores, etc.

"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 Exquatur 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 proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta

Cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de gastos de defensa, derivadas de:

a.Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

b.Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

CONDICIONES ESPECIALES

SINIESTRALIDAD

Sin siniestros o circunstancias conocidas o reportadas en el formulario de solicitud y/o en cualquier otro documentos entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro

INFORMACIÓN

Hace parte integrante de la póliza el formulario de solicitud debidamente diligenciado y fechado y/o en cualquier otro documento entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro.

La siguiente información deberá presentarse en caso de ser adjudicada esta propuesta ANTES del inicio de la vigencia:

(a) Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del 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 para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

(b) Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman parte de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

DEFINICION DE SINIESTRO

Todo hecho o acto u omisión culposa imputada al Asegurado bajo esta póliza, cometido durante la vigencia de la misma, si este aplicase, que haya ocasionado daños a la salud o a los bienes de la persona y por cuya responsabilidad civil se condene al Asegurado al pago de indemnización por los daños causados.

CONDICIONES ADICIONALES:

"Revocación de póliza con aviso de 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.

"No habrá restitución de la suma asegurada en caso de siniestro.

RELACION DE PERSONAL

Número de profesionales 240 (223 por prestación de servicios y 17 de planta) discriminados así:

- 137 - Auxiliares de enfermería
- 29 - Médicos generales
- 14 - Auxiliares de la salud
- 13 - Enfermeros Jefes
- 12 - Odontólogos
- 12 - Auxiliares de odontología
- 9 - Bacteriólogos
- 6 - Instrumentadores de cirugía
- 4 - Camilleros
- 3 - Técnicos rayos X
- 1 - Residente de farmacia

ANEXO No. 1

RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia
Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44
Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86
Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45
Puesto de Salud Matapalo Matapalo
Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco
Puesto de Salud La Torre La Torre
Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca
Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera
Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva
Puesto de Salud Tablones Tablones
Puesto de Salud Juanchito Juanchito
Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
Centro de Salud Roza Roza
Puesto de Salud Obando Obando
Puesto de Salud - Amaime Amaime

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA** COD. AGENCIA: **720** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
ASEGURADO:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

Puesto de Salud Boyacá Boyacá
Puesto de Salud Combia Combia
Puesto de Salud La Acequia La Acequia
Puesto de Salud La Nevera La Nevera
Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
Puesto de Salud Tenjo Tenjo
Puesto de Salud la Herradura La Herradura
Puesto de Salud La Pampa La Pampa
Puesto de Salud La Dolores La Dolores
Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA			COD. AGE: 720			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
22	02	2017	28	02	2017	23:59	28	02	2018	23:59	365	09	12	2021
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO	RENOVACION															
VIGENCIA DEL ANEXO						DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS		
						28	02	2017	23:59	28	02	2018	23:59	365		
						VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR															
NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO										IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9					
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51										CIUDAD: PALMIRA, VALLE				TELÉFONO: 2856161	

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO															
ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO										IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9					
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51										CIUDAD: PALMIRA, VALLE				TELÉFONO: 2856161	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS										IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8					

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS													
ITEM: 1		DEPARTAMENTO: VALLE						CIUDAD: PALMIRA					
DIRECCIÓN: CARRERA 29 No. 39-51 0													
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									
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				225,000,000.00				0.00					
DEDUCIBLES: 10.00 % 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													
BENEFICIARIOS NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS													
CONDICIONES GENERALES TEXTO SOLIDARIA 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2.													
CONDICIONES PARTICULARES =====													
Dirección del predio:Sede Principal Carrera 29 N° 39-51 Palmira, incluyendo los Centros y Puestos de Salud donde se presta el servicio por personal médico profesional al servicio del asegurado, según relación de predios descritos en el anexo No. 1 de la presente.													
Límite Geográfico: República de Colombia													
COBERTURAS Responsabilidad civil profesional médica R c profesional médica durante transporte en ambulancia Responsabilidad civil general													

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00		VALOR PRIMA: \$ *****52,500,000		GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00		IVA: \$ ****9,977,850		TOTAL A PAGAR: \$ *****62,492,850	
INTERMEDIARIO									
NOMBRE GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUEMA		CLAVE 4796		%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)00000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

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

MAURGARCIA720 0

C9DA25780E0CF4795A

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

LIMITE:\$ 1.500.000.000 - Limite único combinado con gastos de defensa en agregado/vigencia.

AMPAROS ADICIONALES

Honorarios de defensa:Sublímite del 15% del Básico. Por proceso \$25.000.000. Sin deducible.

Costos para la constitución de cauciones: Sublímite del 10% del Básico. Sin deducible.

Costas del proceso:Sublímite del básico.

Extensión periodo de reclamaciones/RC Prof Medica / Gastos Defensa:12 meses, con cobro del 100% de la prima anual.

RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas:Sublímite de 50% del Básico.

Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales:Sublímite de 30% de Básico.

RETROACTIVIDAD

La retroactividad será a partir a partir del 28 de Febrero de 2015, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando no se Tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA" Y 1.3.1 "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO" SEGÚN CLAUSULADO GENERAL.

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 24 meses, 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. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

1. CLAUSULAS ADICIONALES

1.1. Aviso de siniestro 30 días

1.2. Revocación de la póliza, con término de treinta (30) días.

1.3. Cláusula de no renovación tácita o automática.

1.4. Pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia.

1.5. No habrá restitución de la suma asegurada por pago de siniestro.

1.6. Todos los amparos y anexos hacen parte del límite agregado anual de responsabilidad y no son en adición a este.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES, sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:

o Asegurado contra Asegurado.

o 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.

o Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o súper-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

o Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

o 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.

o Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

o Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC de Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no médicos (E&O), Servidores Públicos, RC de Automotores, etc.

o 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 Esquitar en Colombia.

o 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.

o Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta

o Cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de gastos de defensa, derivadas de:

a. Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

b. Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

La Empresa 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.

ANEXO No. 1

RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia

Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44

Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86

Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45

Puesto de Salud Matapalo Matapalo

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA**

COD. AGENCIA: **720**

RAMO: **88**

Nº PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco
Puesto de Salud La Torre La Torre
Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca
Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera
Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva
Puesto de Salud Tablones Tablones
Puesto de Salud Juanchito Juanchito
Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
Centro de Salud Rozo Rozo
Puesto de Salud Obando Obando
Puesto de Salud - Amaime Amaime
Puesto de Salud Barrancas Barrancas
Puesto de Salud Boyacá Boyacá
Puesto de Salud Combia Combia
Puesto de Salud La Acequia La Acequia
Puesto de Salud La Nevera La Nevera
Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
Puesto de Salud Tenjo Tenjo
Puesto de Salud la Herradura La Herradura
Puesto de Salud La Pampa La Pampa
Puesto de Salud La Dolores La Dolores
Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA			COD. AGE: 720			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
14	02	2018	28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365	09	12	2021
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA		
												FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO	RENOVACION										
VIGENCIA DEL ANEXO	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>HORAS</td> </tr> <tr> <td>28</td><td>02</td><td>2018</td><td>23:59</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	HORAS	28	02	2018	23:59		
DIA	MES	AÑO	HORAS								
28	02	2018	23:59								
	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>HORAS</td><td>DIAS</td> </tr> <tr> <td>28</td><td>02</td><td>2019</td><td>23:59</td><td>365</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	28	02	2019	23:59	365
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS							
28	02	2019	23:59	365							
	<table border="1"> <tr> <td>VIGENCIA DESDE</td><td>A LAS</td><td>VIGENCIA HASTA</td><td>A LAS</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS						
VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS								

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TÉLEFONO: 2856161

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TÉLEFONO: 2856161
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE
	CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: **CARRERA 29 No. 39-51 0**

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	
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		225,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: **10.00 % 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**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES GENERALES TEXTO SOLIDARIA 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2.

CONDICIONES PARTICULARES
=====

Dirección del predio:Sede Principal Carrera 29 N° 39-51 Palmira, incluyendo los Centros y Puestos de Salud donde se presta el servicio por personal médico profesional al servicio del asegurado, según relación de predios descritos en el anexo No. 1 de la presente.

MODALIDAD DE COBERTURA:
La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, sucedidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****52,500,000	GASTOS EXPEDICION: \$****15,000.00	IVA: \$ ****9,977,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****62,492,850
---	---	--	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUEMA	4796	100.00	
NOMBRE COMPAÑIA		%PART	

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)00000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

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

MAURGARCIA 0

C9DA25780E06FF7D5D

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No POLIZA: 994000000004 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 28 de Febrero de 2015. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

DEDUCIBLES:

"Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

"Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

"Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000.

AMPARO BÁSICO:

"Responsabilidad civil profesional médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

R c profesional médica durante transporte en ambulancia: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

"Responsabilidad civil general; límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

"Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.

"Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.

"Suministro de medicamentos

"Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

"Gastos de Defensa: Sublímite del 15% del valor asegurado de la póliza, en el agregado vigencia, distribuido, así;

Por proceso; \$25.000.000 / por Evento \$50.000.000.

"Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: Sublímite de \$100.000.000 por evento/ vigencia.

"Costas del proceso según fallo judicial: Según texto clausulado general Aseguradora Solidaria.

"Gastos Médicos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

"Amparo de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Para que se otorgue 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) Ejercen 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.

Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 30% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el lucro cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

"Extensión del Periodo de Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Médica" y "Costos y Gastos del Proceso", según Clausulado General: bajo el presente amparo se 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 periodo veinticuatro (24) meses, 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. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

"No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

"Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.

"Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

"Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

"Cláusula de no renovación tácita o automática.

"Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa 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.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:

"Asegurado contra Asegurado.

"Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, 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 con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

"Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

"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 reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

"Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

"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 Exqatur 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 proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

"Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado estético final.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

"Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

"Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

"Jurisdicción y Legislación Aplicable: Colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía, da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

"Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.

"Llevar adecuado registro del servicio médico 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.

"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.

"Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, 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.

"Mantener los equipos 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.

"Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algún tratamiento o examen o servicio médico.

ANEXO No. 1

RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia

Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44

Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86

Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45

Puesto de Salud Matapalo Matapalo

Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco

Puesto de Salud La Torre La Torre

Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca

Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera

Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva

Puesto de Salud Tablones Tablones

Puesto de Salud Juanchito Juanchito

Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA** COD. AGENCIA: **720** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **2**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
ASEGURADO:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
Centro de Salud Rozo Rozo
Puesto de Salud Obando Obando
Puesto de Salud - Amaime Amaime
Puesto de Salud Barrancas Barrancas
Puesto de Salud Boyacá Boyacá
Puesto de Salud Combia Combia
Puesto de Salud La Acequia La Acequia
Puesto de Salud La Nevera La Nevera
Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
Puesto de Salud Tenjo Tenjo
Puesto de Salud la Herradura La Herradura
Puesto de Salud La Pampa La Pampa
Puesto de Salud La Dolores La Dolores
Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA				COD. AGE: 720				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
02	03	2018	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365	09	12	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				DÍAS			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS
								28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365
								VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9			
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51			
CIUDAD: PALMIRA, VALLE			
TELÉFONO: 2856161			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9			
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51			
CIUDAD: PALMIRA, VALLE			
TELÉFONO: 2856161			
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS			
IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8			

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE CIUDAD: PALMIRA			

DIRECCION: **CARRERA 29 No. 39-51 0**

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	
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		225,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % 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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA ACTUALIZACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD HABILITADOS EN EL HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO.

ANEXO No. 1
RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia
Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44
Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86
Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45
Puesto de Salud Matapalo Matapalo
Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco
Puesto de Salud La Torre La Torre

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****0	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****0	TOTAL A PAGAR: \$ *****0
--	---------------------------	------------------------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUEMA	4796	100.00	
		%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)00000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

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

EALARCON 0

C9DA25780E06F9775F

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA**

COD. AGENCIA: **720**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **3**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca
Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera
Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva
Puesto de Salud Tablones Tablones
Puesto de Salud Juanchito Juanchito
Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
Centro de Salud Rozo Rozo
Puesto de Salud Obando Obando
Puesto de Salud - Amaime Amaime
Puesto de Salud Barrancas Barrancas
Puesto de Salud Boyacá Boyacá
Puesto de Salud Combia Combia
Puesto de Salud La Acequia La Acequia
Puesto de Salud La Nevera La Nevera
Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
Puesto de Salud Tenjo Tenjo
Puesto de Salud la Herradura La Herradura
Puesto de Salud La Pampa La Pampa
Puesto de Salud La Dolores La Dolores
Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal
Hospital Raul Orejuela Buebo Carrera 29 # 39-51 sede San Vicente
CAB Comuna I Lote calle 57 carrera 44 y 45
Puesto de salud Guayabal Kilometro 3 # 19-189

CLIENTE

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 DICHS 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 DICHS 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 DESEMBOLESE 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 INTERVENCIÓN 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 EXTRACONTRACTUAL 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
- 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 ADELANTE 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 ADELANTE 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:

- ✓ 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.



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	66762658
NOMBRES	ELIZABETH
APELLIDOS	REYES LOZANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	PALMIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	21/02/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 12/09/2021 09:57:07 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

Señores
JUZGADO 9 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
Cali

Referencia:	RADICADO:	201900190
	DEMANDANTE.	ELIZABETH REYES LOZANO
	DEMANDADO.	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE DE PALMIRA
	LLAMADO EN	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
	GARANTÍA.	

JUAN PABLO RUEDA SERRANO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **79.445.028** de **Bogotá**, 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 firma, 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,



JUAN PABLO RUEDA SERRANO
C. C. No. **79.445.028** de Bogotá
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C. C. No. 19.395.114 de
T. P. No. 39116

CAL79121 2021/12/02

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4260969618482645

Generado el 02 de diciembre de 2021 a las 16:55:29

**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 artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 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. 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, modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

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: 4260969618482645

Generado el 02 de diciembre de 2021 a las 16:55:29

**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
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 01/11/2021	CC - 79152694	Presidente Ejecutivo
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

Resolución S.B. No 2127 del 01 de octubre de 1998 Salud

Resolución S.B. No 636 del 13 de junio de 2002 Exequias

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: 4260969618482645

Generado el 02 de diciembre de 2021 a las 16:55:29

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

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

**MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL**

"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."



URGENTE // CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA //
2019-00190 // ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

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

Vie 10/12/2021 4:26 PM

Para: Oficina 02 Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Juzgado 09 Administrativo - Valle Del Cauca - Cali <adm09cali@cendoj.ramajudicial.gov.co>;
velasquezabogado@hotmail.com <velasquezabogado@hotmail.com>; ajuridicahrob@gmail.com <ajuridicahrob@gmail.com>;
GHA Kelly Alejandra Paz Chamorro <kpaz@gha.com.co>; Jorge Bermúdez <jbermudez@gha.com.co>

Señor:

JUEZ NOVENO (9) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI

adm09cali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: ELIZABETH REYES LOZANO Y OTROS
Demandado: **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**
Radicación: 76001-33-33-009-2019-00190-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 860.524.654-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., de conformidad con el poder especial que acompaño, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por **ELIZABETH REYES LOZANO Y OTROS** en contra de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y además a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por este último a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, de conformidad con el archivo PDF que acompaño.

Agradezco confirmar la recepción de los documentos.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

JAAC

Señor:

JUEZ NOVENO (9) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI

adm09cali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: ELIZABETH REYES LOZANO Y OTROS
Demandado: E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO
Radicación: 76001-33-33-009-2019-00190-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 860.524.654-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., de conformidad con el poder especial que acompaño, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por **ELIZABETH REYES LOZANO Y OTROS** en contra de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y además a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por este último a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta que la notificación personal del llamamiento en garantía se realizó por correo electrónico el día 16 de noviembre del presente año por parte del apoderado judicial de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, me permito presentar la contestación en la oportunidad legal para hacerlo, conforme a las disposiciones de los artículos 198 y 199 de la Ley 1437 del 2011, teniendo en cuenta que ese último fue modificado por el artículo 48 de la ley 2080 del 2021. En ese orden de ideas, el término de 15 días establecido en el inciso segundo del artículo 225 del CPACA comenzó a computarse una vez transcurridos previamente dos días hábiles siguientes al envío del mensaje; es decir, a partir del 19 de noviembre hogaño.

CAPÍTULO I

I. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 2.1. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

No obstante, con relación a la afirmación: “(...) La señora **ELIZABETH REYES LOZANO** convive desde hace muchos años con el señor **ANIBAL ARIAS** (...)”, me permito manifestarle al despacho que **no** es cierto, toda vez que a folio 34 del cuaderno principal de la demanda obra una declaración para fines extraprocesales que narra que el señor **ANIBAL ARIAS** y la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** “conviven” en unión libre desde el 19 de mayo del 2001. Así las cosas, a pesar de que en un intento tardío que data del **31 de mayo del 2019**

(fecha en la que se suscribió la precitada acta), los aquí demandantes intentaron “acreditar” la unión marital de hecho, manifestando que ambos comparten el mismo “techo, lecho y mesa”, no será posible dársele la condición de compañero permanente al señor **ARIAS**.

Precisamente la Ley 54 del 28 de diciembre de 1990, en el artículo (2) segundo, establece lo siguiente:

Artículo 2º. Se presume sociedad patrimonial entre compañeros permanentes y hay lugar a declararla judicialmente en cualquiera de los siguientes casos:

a) Cuando exista unión marital de hecho durante un lapso no inferior a dos años, entre un hombre y una mujer sin impedimento legal para contraer matrimonio;

b) Cuando exista una unión marital de hecho por un lapso no inferior a dos años e impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o de ambos compañeros permanentes, siempre y cuando la sociedad o sociedades conyugales anteriores hayan sido disueltas y liquidadas por lo menos un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.

En ese orden de ideas, del apartado normativo se extraen dos (2) premisas principales. **La primera: La unión marital de hecho puede ser declarada judicialmente cuando exista convivencia entre un hombre y una mujer por un lapso no inferior a dos años, sin impedimento legal para contraer matrimonio.** La segunda: Es posible que se declare judicialmente la unión marital de hecho cuando aun existiendo impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o ambos compañeros permanentes, las sociedades conyugales hayan sido disueltas y liquidadas, cuando menos, un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.

En el caso en concreto y teniendo cuenta que la vaga declaración con fines extraprocesales **suscrita convenientemente con posterioridad a la fecha de la presunta falla en el servicio y tan solo quince (15) días antes de la presentación de la demanda,** no puede servir de sustento para “probar” la existencia de la unión marital de hecho, y en el entendido en que esa carga está única y exclusivamente en cabeza de los actores, desde ya se anticipa que en el remoto evento de proferirse una condena en contra de la entidad asegurada, no podría reconocérsele perjuicios morales al señor **ANIBAL ARIAS**.

Únicamente en gracia de discusión, con relación a la afirmación: “(...) quienes dependen económicamente de ella (...)”, me permito manifestarle al despacho que una vez consultada la base de datos de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, se pudo constatar que **ELIZABETH REYES LOZANO** está afiliada en el régimen subsidiado del Estado al Sistema Integral de la Seguridad social. Es decir, nunca oficializó sus presuntos ingresos en calidad de trabajador dependiente o independiente por cuenta propia, contrariando así las disposiciones del artículo 244 de la Ley 1955 del 2019, que indica:

«INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema

de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA).

Así las cosas, está completamente probado que no existe prueba alguna de la que razonablemente se pueda desprender que la actora se encontrase laborando para la fecha de los hechos, por lo que por sustracción de materia, será imposible reconocer indemnización alguna a título de lucro cesante. Aunado a ello, tampoco se podrá presumir que la actora se encontraba devengando el salario mínimo legal mensual vigente, toda vez que **el perjuicio indemnizable debe ser cierto**; posición que comparte el Honorable Consejo de Estado, y que será debidamente ampliada en el acápite de la oposición a las pretensiones.

AL HECHO 2.1. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a las que debe o debió conocer mi procurada. No obstante, de conformidad con la historia clínica que se allegó por parte de la la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, se puede observar que el día 13 de junio del 2017 a las 02:54 p.m. a la señora **ELIZABETH REYES LOZANO**, se le practicó una histerectomía total abdominal, más sou izquierda y liberación de adherencias, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles:

**** NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Datos Generales**

Sala ó Cuarto:
No. Cama:
**** NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Detalles de la Cirugía ****
Operación practicada / procedimientos realizados:: HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL MAS SOU IZQUIERDA MAQS LIBERACION DE ADHERENCIAS
Describa la operación en el mismo orden en que se realizo:: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES INCISION MEDIA POR PLANOS SE RETIRA LA INCISION ANTERIOR POR PLANOS SE RETIRA UTERO Y ANEXO IZQUIERDO SE COPULIZA SE PERITONIZA HEMOSTASIA CIERRE TA PIEL
Hallazgos importantes:: UTERO Y ANEXO IZQUIERDO
Tejidos enviados a Patología:: UTERO Y ANEXO IZQUIERDO
Tipo de Anestesia:
****NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Datos Generales****
1- Detalle el servicio:
**** NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Datos Generales**

Ginecología



PROFESIONAL: [1057] ESP. RODRIGUEZ FIGUEROA AICARDO (GINECOLOGO)

Esta cirugía se llevó a cabo por el galeno **AICARDO RODRÍGUEZ FIGUEROA**, médico especialista en ginecología y obstetricia.

AL HECHO 2.3. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a las que debe o debió conocer mi procurada. No obstante, de conformidad con la historia clínica que se allegó por parte de la la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, se itera que quien practicó la cirugía fue el galeno **AICARDO RODRÍGUEZ FIGUEROA**, médico especialista en ginecología y obstetricia.

Ahora, con relación a la afirmación: “(...) Quien le comentó que le había retirado el útero y anexo izquierdo o sea el ovario izquierdo (...)”, me permito indicarle al despacho que es una afirmación que no se encuentra debidamente sustentada ni probada, por lo que le corresponde a la parte actora acreditarla. Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión

expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 2.4. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a las que debe o debió conocer mi procurada. No obstante, de conformidad con la historia clínica que se allegó por parte de la la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, se puede evidenciar que la actora ingresó al centro asistencial asegurado el 22 de junio del 2017 para una cita de control. Las demás afirmaciones planteadas por el apoderado de la parte actora, solo constituyen una apreciación subjetiva del mismo. Empero, ni la salida de orina por la vagina, ni el utilizar pañales en ningún escenario puede interpretarse como la “causa” de un mal procedimiento por parte del galeno que atendió a la aquí actora. Es un hecho probado que desde el ingreso al centro asistencial asegurado, a la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** se le brindaron todas las atenciones, diagnósticos y procedimientos dentro del ámbito de un hospital de su nivel de complejidad.

AL HECHO 2.5. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a las que debe o debió conocer mi procurada. No obstante, de conformidad con la historia clínica que se allegó por parte de la la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, se puede evidenciar que la actora ingresó al centro asistencial asegurado el día 22 de julio del 2017, fecha en la que su médico tratante prescribió **Oxibutinina**¹. Ocho días después y ante la persistencia de salida de orina, a la actora se le ordenó continuar con la ingesta del medicamento antes referenciado y se solicitó valoración prioritaria por la especialidad de urología, toma de exámenes de urocultivo y hemodinamia. Con posterioridad a conocer los resultados de los exámenes ordenados, se encontró que la paciente tenía una fístula vesico – vaginal, circunstancia que provocó la reacción inmediata del personal del centro asistencial para tratar esa patología. Se itera que de conformidad con la *lex artis*, a la aquí demandante, **ELIZABETH REYES LOZANO**, se le brindaron todas las atenciones, diagnósticos y procedimientos dentro del ámbito de un hospital de su nivel de complejidad.

AL HECHO 2.6. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

¹ La **oxibutinina** se utiliza para tratar la vejiga hiperactiva (una condición en la que los músculos de la vejiga se contraen sin control y causan micción frecuente, necesidad urgente de orinar e incapacidad de controlar la micción) en ciertos adultos y niños. La oxibutinina también se usa como tabletas de liberación prolongada para controlar los músculos de la vejiga en adultos y niños de 6 años de edad y mayores con espina bífida (una discapacidad que ocurre cuando la médula espinal no se cierra adecuadamente antes de nacer) u otras condiciones del sistema nervioso que afectan los músculos de la vejiga. La oxibutinina es una clase de medicamentos llamados anticolinérgicos/antimuscarínicos. Funciona relajando los músculos de la vejiga. Tomado de: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682141-es.html>.

AL HECHO 2.7. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 2.8. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 2.9. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 3.0. No me consta nada de lo expresado en este hecho teniendo en cuenta que son situaciones externas a la órbita funcional la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, entidad asegurada, y por tanto ajenas a las que debe o debió conocer mi procurada.

Le ruego tener en cuenta al despacho que conforme al Artículo 167 del Código General del Proceso, en aplicación por remisión expresa del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

AL HECHO 3.1. No se trata de hechos que sirvan de fundamento a las pretensiones sino de conjeturas subjetivas, falaces e infundadas que realiza el apoderado de la parte demandante. Respetuosamente me permito indicarle al despacho que las conjeturas no constituyen una narración precisa de los hechos, conforme al Artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

AL HECHO 3.2. No se trata de hechos que sirvan de fundamento a las pretensiones sino de conjeturas subjetivas e infundadas que realiza el apoderado de la parte demandante. Respetuosamente me permito indicarle al despacho que las conjeturas no constituyen una narración precisa de los hechos, conforme al Artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

AL HECHO 3.3. No se trata de hechos que sirvan de fundamento a las pretensiones sino de conjeturas subjetivas e infundadas que realiza el apoderado de la parte demandante. Respetuosamente me permito indicarle al despacho que las conjeturas no constituyen una narración precisa de los hechos, conforme al Artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

AL HECHO 3.4. No se trata de hechos que sirvan de fundamento a las pretensiones sino de conjeturas subjetivas e infundadas que realiza el apoderado de la parte demandante. Respetuosamente me permito indicarle al despacho que las conjeturas no constituyen una narración precisa de los hechos, conforme al Artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

II. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la totalidad de las peticiones relacionadas en este acápite por cuanto carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. La petición declaratoria parte del hecho de que existe responsabilidad y que la misma es atribuible la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**. Sin embargo, no ha logrado acreditar los elementos estructurales que permiten que confluya este tipo de declaración. En materia administrativa, el Consejo de Estado ha desarrollado un grueso trabajo jurisprudencial tendiente a definir los elementos estructurales de la responsabilidad, que con apoyo doctrinal², ha consolidado en los siguientes: el daño y la imputación.

Sin ahondar al respecto sobre cada uno de estos elementos, debe tenerse en cuenta por las partes y por el juzgador que independientemente del régimen de responsabilidad aplicable para el caso, corresponde a la parte demandante probar que existe un daño y que el mismo es atribuible a quién esté llamado a responder. En este sentido, la labor procesal no puede ceñirse a la interposición de la demanda para trasladar el trabajo probatorio al juez o a la contraparte, es el demandante quién debe probar la estructuración causal que permita concluir la atribución de una eventual condena al demandado. Esta situación brilla por su ausencia, pues no existen fundamentos fácticos y jurídicos concluyentes que permitan la prosperidad de las declaraciones y condenas que se materializan en las pretensiones, lo que lleva a oponerse a cada una de las solicitudes realizadas en este acápite.

Recientemente el Consejo de Estado se ha pronunciado respecto a la atribución del daño en los siguientes términos:

² Patiño, H. (2015). El trípode o el bípode: la estructura de la responsabilidad. En J. C. Henao y A. F. Ospina Garzón (Edits.), La responsabilidad extracontractual del Estado. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Cualquier tipo de análisis de imputación supone, prima facie, un estudio en términos de atribuibilidad material (imputatio facti), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar -acción u omisión – que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es en sentido jurídico porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación (...) imputación jurídica (imputatio iure o subjetiva) supone establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y allí intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad que tienen cabida (...) La imputación fáctica puede derivarse de la constatación en el plano material de la falta de intervención oportuna que hubiera podido evitar el resultado; en efecto, es en el plano de la omisión en el que con mayor claridad se verifica la insuficiencia del dogma casual, motivo por el cual el juez recurre a ingredientes normativos para determinar cuándo una consecuencia tiene origen en algún tipo de comportamiento y, concretamente, a quién resulta atribuible la generación del daño”³

Así las cosas, si bien se consigna que para la fecha del 13 de junio del 2017, la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** fue atendida de urgencia en las instalaciones la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** para llevarse a cabo la práctica de una una histerectomía total abdominal, más sou izquierda y liberación de adherencias, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, no hay evidencia concluyente ni conducente que señale que la conducta, por acción u omisión por parte de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** que haya intervenido en la causación del daño.

Es claro que esta carga le corresponde al accionante, pues además de ser el principal interesado es quien supuestamente vivió los hechos y sufrió el mencionado perjuicio y no es atribuible trasladar la carga de la prueba al demandado, máxime cuando este centro asistencial actuó conforme a la *lex artis*. Aunado a lo anterior, se torna menester recalcarle al despacho que el demandante no logra probar con suficiencia que producto de la intervención quirúrgica se hubiese generado el presunto daño, toda vez que la paciente contaba con **antecedentes como dos (2) cesáreas previas y la preexistencia de bridas en la zona pélvica**. Empero, aún en gracia de discusión, si presuntamente producto de la intervención quirúrgica se produjo una fístula vesico - vaginal, esta es una circunstancia común en este tipo de procedimientos. Así las cosas, procederé a pronunciarme sobre cada una de las pretensiones de los demandantes:

FRENTE A LA 1.1: Me opongo a que prospere esta pretensión teniendo en cuenta que conforme a las pruebas documentales, fundamentos y razones de derecho allegadas a la demanda, inequívocamente se pudo acreditar que no le asiste responsabilidad a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** por los presuntos perjuicios materiales generados a los aquí demandantes.

FRENTE A LA 1.2.: (PERJUICIOS INMATERIALES – PERJUICIO MORAL):

De igual manera, me opongo a la prosperidad del reconocimiento y pago de perjuicios inmateriales a los aquí demandantes, toda vez que no existen fundamentos fácticos y jurídicos que permitan considerar la viabilidad

³ Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 12 de octubre del 2017, exp. 2001-02300-01(39354) C.P. Martha Nubia Velásquez Rico.

los mismos. El apoderado de la parte demandante discrimina los supuestos daños inmateriales dando por probado, sin estarlo, que las lesiones de la señora **ELIZABETH REYES LOZANO**, fueron la consecuencia de una acción u omisión atribuible a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

Dentro de la jurisprudencia actual del Consejo de Estado, la tipología del perjuicio extrapatrimonial pretendido por los aquí demandantes al caso en concreto es la siguiente:

- i) *Perjuicio moral.*
- ii) *Daño a la salud.*

Todo esto sin haber expuesto que en el presente caso operaron una serie de acontecimientos que impiden la atribución jurídica de un daño a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y mucho menos a mí representada, entidad que no tuvo intervención causal en la generación del mismo, ya que como se indicó anteriormente, este centro asistencial actuó conforme a la *lex artis*. Por esto, teniendo en cuenta los argumentos aquí establecidos junto con las excepciones de mérito que se formularán en debida forma, solicito se despache desfavorablemente esta pretensión.

- **PERJUICIOS MORALES:** En primer lugar nos referimos al daño moral, definido de antaño por la jurisprudencia como “el dolor, la aflicción” y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra etc. que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

Esta afectación, conocida también como duelo, se ha definido científicamente por la doctrina médica que ha señalado que este:

“(…) afecta prácticamente todos los aspectos de la vida de un sobreviviente. A menudo, el duelo acarrea un cambio de estatus y de papel (por ejemplo, de esposa a viuda o de hijo o hija a huérfano). También tiene consecuencias económicas y sociales (la pérdida de amigos y en ocasiones de ingreso). En primer lugar se presenta la aflicción, que es la respuesta emocional experimentada en las primeras fases del duelo (...) la aflicción, al igual que la muerte es una experiencia personal. La investigación actual ha cuestionado las nociones previas de un solo patrón “normal” de aflicción y un programa “normal” de recuperación. El hecho de que una viuda hablara con su difunto marido era considerado como una señal de perturbación emocional, que ahora se reconoce como una conducta común y útil (...)”⁴

En los fallos de la Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado, en los cuales se unificó la jurisprudencia en torno a los “niveles” de tasación de los perjuicios morales, teniendo en cuenta la relación afectiva y el grado de consanguinidad y relaciones afectivas no familiares o de terceros damnificados, para la reparación del daño moral en caso de lesiones, diseñó cinco niveles de cercanía efectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas. **De igual forma, la jurisprudencia indicó que para los niveles 1 y 2 se requiere**

⁴ Papalia, Diane E. Wendkos Olds Rally y Duskin Feldman Ruth en “Desarrollo Humano”, Editorial Mc Graw Hill. Novena edición. México D.F. 2004. OP CIT, pág. 766 y s.s.

prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, es necesaria la prueba de relación afectiva y para la indemnización de quienes integran el nivel 5 debe probarse la relación afectiva.

De conformidad con lo anterior, se extrae que la jurisprudencia del Consejo de Estado ha reconocido los siguientes valores con relación a la reparación del daño moral en el caso de las lesiones:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

Aunado a la inexistencia de elementos materiales probatorios que pudiesen eventualmente considerar el reconocimiento y pago de perjuicios morales a favor de los aquí demandantes, **es importante resaltar que la cuantía que la parte actora reclama por este concepto se encuentra completamente sobreestimada**, como quiera que la suma reclamada por los demandantes no se compadece con los criterios que han sido decantados pacíficamente por parte del Honorable Consejo de Estado, ya que según las pretensiones de la demanda, estas se tasaron en el reconocimiento de **DOSCIENTOS SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (200)** para la presunta víctima.

Ahora, brilla por su ausencia dictamen de medico labora, Junta Regional de Calificación de Invalidez y/o de especialista en daño corporal, que dé cuenta de tales afirmaciones, por lo que en el remoto e hipotético evento de declararse probada la responsabilidad de mi defendida, todos los perjuicios se deberán reconocer sobre el primer nivel establecido de acuerdo a la jurisprudencia antes señalada.

Por otro lado, es importante reseñar que a folio 34 del cuaderno principal de la demanda obra una declaración para fines extraprocesales que narra que el señor **ANIBAL ARIAS** y la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** “conviven” en unión libre desde el 19 de mayo del 2001. Así las cosas, a pesar de que en un intento tardío que data del **31 de mayo del 2019** (fecha en la que se suscribió la precitada acta), los aquí demandantes intentaron “acreditar” la unión marital de hecho, manifestando que ambos comparten el mismo “techo, lecho y mesa”, no será posible dársele la condición de compañero permanente al señor **ARIAS**.

Precisamente la Ley 54 del 28 de diciembre de 1990, en el artículo (2) segundo, establece lo siguiente:

Artículo 2°. Se presume sociedad patrimonial entre compañeros permanentes y hay lugar a declararla judicialmente en cualquiera de los siguientes casos:

a) Cuando exista unión marital de hecho durante un lapso no inferior a dos años, entre un hombre y una mujer sin impedimento legal para contraer matrimonio;

b) Cuando exista una unión marital de hecho por un lapso no inferior a dos años e impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o de ambos compañeros permanentes, siempre y cuando la sociedad o sociedades conyugales anteriores hayan sido disueltas y liquidadas por lo menos un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.

En ese orden de ideas, del apartado normativo se extraen dos (2) premisas principales. **La primera: La unión marital de hecho puede ser declarada judicialmente cuando exista convivencia entre un hombre y una mujer por un lapso no inferior a dos años, sin impedimento legal para contraer matrimonio.** La segunda: Es posible que se declare judicialmente la unión marital de hecho cuando aun existiendo impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o ambos compañeros permanentes, las sociedades conyugales hayan sido disueltas y liquidadas, cuando menos, un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.

En el caso en concreto y teniendo cuenta que la vaga declaración con fines extraprocesales **suscrita convenientemente con posterioridad a la fecha de la presunta falla en el servicio y tan solo quince (15) días antes de la presentación de la demanda,** no puede servir de sustento para “probar” la existencia de la unión marital de hecho, y en el entendido en que esa carga está única y exclusivamente en cabeza de los actores, desde ya se anticipa que en el remoto evento de proferirse una condena en contra de la entidad asegurada, no podría reconocérsele perjuicios morales al señor señor **ANIBAL ARIAS**.

FRENTE A LA 1.3.: (PERJUICIOS INMATERIALES – DAÑO A LA SALUD):

- **DAÑO A LA SALUD:** Únicamente en gracia de discusión, teniendo en cuenta que el actor solicitó el reconocimiento del perjuicio de **“daño a la vida de relación”** y que este fue unificado por la jurisprudencia del Consejo de Estado en un solo criterio bajo la figura del daño a la salud, se efectuará el pronunciamiento en ese sentido:

En los casos de reparación del daño a la salud, la indemnización, en los términos del fallo deberá estar sujeta a lo probado en el proceso. El juez debe determinar el porcentaje de la gravedad o levedad de la afectación corporal o psicofísica, relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano. Para llevar a cabo lo anterior, el juez deberá considerar las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima. En el caso en concreto, es claro que la parte actora no logró acreditar los elementos de la responsabilidad y teniendo en cuenta que la basta jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado reconoce esa modalidad de

daño únicamente para la víctima directa, no habrá lugar al reconocimiento de este perjuicio. De nuevo, resulta menester **resaltar que la cuantía que la parte actora reclama por este concepto se encuentra completamente sobreestimada**, ya que para cada uno de los demandantes, se está solicitando el reconocimiento y pago de una absurda y desproporcionada suma.

FRENTE A LA 1.4.: (PERJUICIOS MATERIALES – DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE):

- **DAÑO EMERGENTE:** Prescribe el Artículo 1614 del Código Civil, que el daño emergente es el perjuicio o pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su incumplimiento. En materia de Responsabilidad Civil Extracontractual del Estado, la valoración del daño emergente se identifica a partir de los gastos en que haya incurrido **la víctima** con ocasión del daño y aquellos en que deba incurrir hacia futuro para mitigar las secuelas producto del daño⁵. De esa forma se ha precisado por el Consejo de Estado, así:

“(…) Estos perjuicios se traducen en pérdidas económicas que se causan con ocasión de un hecho, acción omisión u operación administrativa imputable a la entidad demandada que origina el derecho a la reparación y que en consideración al principio de reparación integral del daño, consagrado en el artículo 16 de la ley 446 de 1998, solamente pueden indemnizarse a título de daño emergente los valores que efectivamente empobrecieron a la víctima o que debieron sufragarse como consecuencia del hecho dañoso y del daño mismo (...).”⁶

En el caso en concreto, los demandantes hacen referencia al reconocimiento y pago de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS MONEDA CORRIENTE (\$4.288.150)**, a título de daño emergente por concepto de gastos de pañales y medicamentos, así como una valoración médica, **pero no allegan prueba si quiera sumaria de haberse acreditado tal pérdida, por lo que dicha pretensión no estará llamada a prosperar**. No obstante, y **únicamente en gracia de discusión**, desde el folio 76 hasta el folio 101 de la demanda se encuentra lo que parece ser varias facturas de venta que de ninguna forma acreditan el daño emergente. Verbigracia:

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera – Sentencia del 30 de agosto del 200, Exp. 20001-23-31-000-199703201-01(15724), CP: Ramiro Saavedra Becerra.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera – Sentencia del 30 de agosto del 200, Exp. 20001-23-31-000-199703201-01(15724), CP: Ramiro Saavedra Becerra.



Nótese que la precitada factura, ni siquiera tiene el nombre del comprador, circunstancia que de tajo hace imposible reconocer esos valores ante una eventual condena; ya que cualquier persona pudo haber obtenido una copia de la misma, circunstancia que no garantiza la custodia ni mucho menos la autenticidad.

En ese sentido, se torna relevante indicarle instar al juzgado a despachar desfavorablemente esta pretensión, dado que las mismas no se asemejan a una factura de venta. De conformidad con el artículo 774 del Código de Comercio, la factura de venta debe contener:

ARTÍCULO 774. REQUISITOS DE LA FACTURA. *La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:*

- 1. La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.*
- 2. La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley.*
- 3. El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.*

No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiere sido cancelada.

La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo, no afectará la calidad de título valor de las facturas.

- **LUCRO CESANTE:** Esta modalidad de daño patrimonial puede definirse como una cesación de pagos, una ganancia o productividad frustrada ya sea de un bien comercialmente activo o de una persona que haga parte del mercado laboral de forma dependiente, liberal o como una empresa unipersonal. Valga decir que cuando se habla de una ganancia o utilidad frustrada, **no puede basarse esta en una mera expectativa**, sino en una utilidad razonablemente esperada en razón de una ocupación productiva permanente de un bien o persona en razón a su proyección personal o comercial, de la que se deduzca sin duda alguna, que en el futuro, antes de producirse el daño que le deja cesante, se ocuparía productivamente en algo que le generaría una renta o utilidad.

Ahora bien, no se entiende de dónde el abogado de la parte demandante establece que el lucro cesante para el presente asunto obedece a la suma de un salario mínimo legal mensual vigente desde la fecha de la intervención quirúrgica hasta la fecha actual. **Debe recordársele al apoderado de la parte actora que los cálculos de esta índole deben llevarse a cabo a través de las fórmulas dispuestas por el Honorable Consejo de Estado. No obstante, en el plenario no obra prueba si quiera sumaria de ello; ya que el mismo solo se limitó a indicar que el despacho debe hacerse cargo de ello.**

Aunado lo anterior, una vez consultada la base de datos de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, se pudo constatar que **ELIZABETH REYES LOZANO** está afiliada en el régimen subsidiado del Estado al Sistema Integral de la Seguridad social. Es decir, nunca oficializó sus presuntos ingresos en calidad de trabajador dependiente o independiente por cuenta propia (frente al presunto negocio de su propiedad), contrariando así las disposiciones del artículo 244 de la Ley 1955 del 2019, que indica:

«INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA).

Así las cosas, está completamente probado que no existe prueba alguna de la que razonablemente se pueda desprender que la actora se encontrase laborando para la fecha de los hechos, por lo que por sustracción de materia, será imposible reconocer indemnización alguna a título de lucro cesante. Aunado a ello, tampoco se podrá presumir que la actora se encontraba devengando el salario mínimo legal mensual vigente, toda vez que **el perjuicio indemnizable debe ser cierto**; posición que comparte el Honorable Consejo de Estado.

Precisamente la imposibilidad para presumir los parámetros de liquidación del lucro cesante, es actualmente asumida por el Honorable Consejo de Estado, que en **Sentencia de Unificación** del 18 de julio del 2019, expediente 44.572, ponencia del doctor Carlos Alberto Zambrano Barrera, dispuso:

“(…) 2. Unificación jurisprudencial en materia de reconocimiento y liquidación de perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.

Esta corporación concibe el lucro cesante como “... la ganancia frustrada o el provecho económico que deja de reportarse y que, de no producirse el daño, habría ingresado ya o en el futuro al patrimonio de la víctima. (sic) Pero que (sic) como todo perjuicio, para que proceda su indemnización, debe ser cierto, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a reparación alguna”

De manera insistente, la Sala de esta Sección ha dicho que, para que un perjuicio resulte indemnizable, se debe tener **certeza** del mismo:

“(…) El lucro cesante, de la manera como fue calculado por los peritos, no cumple con el requisito uniformemente exigido por la jurisprudencia de esta Corporación, en el sentido de que el perjuicio debe ser cierto, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a indemnización. El perjuicio indemnizable, entonces, puede ser actual o futuro, pero, de ningún modo, eventual o hipotético. Para que el perjuicio se considere existente, debe aparecer como la prolongación cierta y directa del estado de cosas producido por el daño, por la actividad dañina realizada por la autoridad pública. Esa demostración del carácter cierto del perjuicio brilla por su ausencia en el experticio de maras”

2.1. *Presupuestos para acceder al reconocimiento del lucro cesante*

2.1.1. Por concepto de lucro cesante sólo se puede conceder lo que se pida en la demanda, de forma tal que no puede hacerse ningún reconocimiento oficioso por parte del juez de la reparación directa; así, lo que no se pida en la demanda no puede ser objeto de reconocimiento alguno.

2.1.2 Todo daño y perjuicio que el demandante pida que se le indemnice por concepto de lucro cesante debe ser objeto de prueba suficiente que lo acredite o, de lo contrario, no puede haber reconocimiento alguno (artículos 177 del C. de P. C. y 167 del C.G.P.) (Negrilla por fuera del texto).

En conclusión, esta reciente jurisprudencia elimina presunciones de cualquier tipo para acceder reconocimiento a indemnización por lucro cesante, y a su turno, exige la prueba que acredite el lucro recibido y sobre el cual se liquidará el consolidado o futuro, prueba que para el caso concreto brilla por su ausencia. Esta situación impide el reconocimiento de una condena de este tipo, y hace inocuo entrar a desvirtuar la liquidación realizada, toda vez que si no se acreditó la existencia del perjuicio, es superfluo entrar a debatir sobre la extensión del mismo.

FRENTE A LA 1.5: Me opongo a que prospere esta pretensión teniendo en cuenta que conforme a las pruebas documentales, fundamentos y razones de derecho allegadas a la demanda, inequívocamente se pudo acreditar

que no le asiste responsabilidad a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** por los presuntos perjuicios materiales generados a los aquí demandantes, luego tampoco lo será por costas ni intereses.

III. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE

Pese a que no se determinó la causa eficiente en la producción del daño, las hipótesis que infieren sobre la atribución que realiza la parte demandante se relacionan con la prestación del servicio médico. Las diferentes atribuciones fácticas muestran que las pretensiones se fundamentan en cuestionar el cumplimiento al contenido obligacional que en abstracto fijan las normas. No obstante lo anterior, con la intención de realizar una aproximación al Despacho en lo relacionado con la debida escogencia del régimen de responsabilidad a aplicarse, se partirá de la base de que el inconformismo se deriva de la atención médica brindada por la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, a la paciente **ELIZABETH REYES LOZANO**.

Lo primero que debe anunciarse es que en materia médico asistencial la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado sostienen una tesis unánime desde el año 2008: aplicación de un régimen de culpa probada (en términos administrativos falla probada del servicio). Si bien el avance jurisprudencial fue dinámico, variando en reiteradas oportunidades entre falla presunta, probada y un régimen objetivo de responsabilidad, lo cierto es que a partir de las ponencias de la Dra. Ruth Stella Correa a lo largo del año 2006 y en adelante, se estableció que había suficientes mecanismos para proveer al demandante de herramientas para una buena defensa.

El título de falla presunta se había contemplado porque se trataba de equilibrar la supuesta disparidad que había entre el demandante y las clínicas o médicos, al enfrentarse en un litigio de responsabilidad médica. A pesar de pretender aligerar cargas probatorias, la estructura de la responsabilidad impone al demandante acreditar en todos los casos, régimen objetivo o subjetivo, la imputación. En términos prácticos, y fue uno de los argumentos que sostuvo el Consejo de Estado para consolidar la falla probada del servicio como título de imputación aplicable actualmente, siempre se iba a terminar probando la falla si se lograba estructurar la imputación.

Teniendo en cuenta que en el sistema procesal colombiano no existe tarifa legal y el demandante puede servirse de cualquier medio probatorio para acreditar lo que pretende, inclusive la prueba indiciaria; que no hay un fundamento legal que permita estructurar un título de imputación de falla presunta; y que existe la obligación de lealtad procesal frente a la aportación de material probatorio, se consolidó la tesis de que establecer un título de imputación diferente al de la falla probada era algo innecesario. Se refuerza esta postura con la entrada en vigencia del Código General del Proceso, el cual establece que las partes en la contestación deben aportar todas las pruebas que tengan en su poder y la posibilidad de agotar las pruebas de oficio para llegar al proceso con el material recaudado.

En este sentido se ha pronunciado el Consejo de Estado, que en jurisprudencia reciente aclaró:

En cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente la Sección ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, en la actualidad la posición consolidada de la Sala en esta materia la constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la

actividad médica hospitalaria.(...) Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende: "... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz". Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la "lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz", se debe observar que está produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio, (...)"⁷.

De la posición jurisprudencial se concluye que el proceso debe ser tratado bajo un régimen subjetivo de responsabilidad, pues los daños reclamados parten de los presupuestos propios de un régimen de este tipo. Las pretensiones se fundamentan, según las circunstancias fácticas de la demanda, en cuestionar la prestación del servicio médico que se le realizó a la señora **ELIZABETH REYES LOZANO**.

La justificación de consagrar este título de imputación como régimen general de responsabilidad obedece a que el Juez puede motivar libremente sus decisiones de acuerdo a las pruebas allegadas al proceso para así establecer políticas de prevención de daños antijurídicos derivado del incumplimiento de obligaciones. De esta manera, es claro que existiendo para este régimen de responsabilidad un postulado general de libertad probatoria en el que el demandante puede servirse de cualquier medio probatorio disponible, no hay razón para que se supla esta carga cambiando el régimen de responsabilidad aplicable o configurando elementos estructurales de la responsabilidad que no están debidamente acreditados. Por todo esto, debe advertirse que el régimen aplicable es el de falla probada del servicio y que corresponde a la parte demandante probar el daño antijurídico y la imputación.

Del mismo modo, como lo viene haciendo la Sentencia de Unificación del 19 de abril del 2012, expediente 21515, que a la parte actora en estos eventos obstétricos le corresponde acreditar:

"(...) i) El daño antijurídico, ii) La imputación fáctica, que puede ser demostrada mediante indicios, la existencia de una probabilidad preponderante en la producción del resultado dañino, el desconocimiento al deber de posición de garantía o la vulneración al principio de confianza, y iii) El hecho indicador del indicio o falla, esto es, que el embarazo se desarrolló en términos normales hasta el momento del parto (...)"⁸

Partiendo de este criterio, y según lo sostenido por el artículo 167 del Código General del Proceso, "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen". Así entonces, la parte demandante tiene la carga probatoria durante el proceso de acreditar los elementos estructurales de la responsabilidad que pretende atribuir a la entidad hospitalaria demandada, conducta que no ha cumplido hasta esta etapa.

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. (18 de mayo de 2017) Expediente 35613. [C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa].

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. (10 de septiembre de 2014) Expediente 29590. [C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa].

Además, al momento de valorar los elementos probatorios disponibles en el proceso para acreditar la falla del servicio, debe realizarse también un análisis causal para que esa supuesta falla haya determinado el daño. No basta solamente acreditar una omisión administrativa en el cumplimiento de sus deberes, sino que el juicio de responsabilidad implica también la prueba de los demás requisitos estructurales, por tanto, establecer el régimen de responsabilidad no supone por sí mismo la atribución de responsabilidad. Al respecto se ha precisado:

“La falla de la administración, para que pueda considerarse entonces verdaderamente como causa del perjuicio y comprometa su responsabilidad, no puede ser entonces cualquier tipo de falta. Ella debe ser de tal entidad que, teniendo en cuenta las concretas circunstancias en que debía prestarse el servicio, la conducta de la administración pueda considerarse como “anormalmente deficiente”⁹.

IV. EXCEPCIONES PREVIAS FRENTE A LA DEMANDA

1. INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE LOS REQUISITOS FORMALES (EXCEPCIÓN PREVIA)

De acuerdo con el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), los artículos 162 y 166 disponen ciertos requisitos que la demanda debe cumplir en el ámbito de lo contencioso administrativo. A pesar que el acceso a la administración de justicia es un principio, este no es absoluto y demanda cumplir con unos mínimos legales.

En ese orden de ideas, se evidencia claramente la **falta total** al requisito que dispone el numeral 6 del artículo 162. A saber: “La estimación razonada de la cuantía”. Como se podrá evidenciar a continuación, en el escrito de la demanda, el demandante indicó lo siguiente:

CAPITULO V. ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

Se reclaman en este proceso el pago de los perjuicios Morales, Materiales y daño a la Vida de Relación, por el daño ocasionado a la señora ELIZABETH REYES LOZANO , como afectada directa y por los perjuicios ocasionados a ANIBAL ARIAS, ALLISON ANDREA ARIAS REYES, JEFFERSON JAVIER LEGARDA REYES y MYRIAM REYES DE HOLGUIN donde la pretensión mayor como lo dispone el Código Contencioso administrativo corresponde a los perjuicios Morales que se solicitan ascienden a DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, por valor de CIENTO CUARENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS (\$147.542.800)

Teniendo en cuenta lo anterior, de los hechos esbozados en la demanda, se extrae que la cuantía se estimó por valor de **CIENTO CUARENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$147.542.800)**, en lo que consideró la pretensión “mayor”, con relación a los perjuicios de índole inmaterial.

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de septiembre 11 de 1997, expediente: 11764. Posición reiterada en sentencias de 25 de abril de 2012, expediente: 22572 y 12 de agosto de 2013, expediente: 27475.

No obstante, de la lectura juiciosa del artículo 157 del CPACA, modificado a su vez por el artículo 32 de la Ley 2080 del 2021 se tiene que:

ARTÍCULO 157. COMPETENCIA POR RAZÓN DE LA CUANTÍA. Para efectos de la competencia, cuando sea del caso, la cuantía se determinará por el valor de la multa impuesta o de los perjuicios causados, según la estimación razonada hecha por el actor en la demanda, sin que en ella pueda considerarse la estimación de los perjuicios inmateriales, salvo que estos últimos sean los únicos que se reclamen.

La cuantía se determinará por el valor de las pretensiones al tiempo de la demanda, que tomará en cuenta los frutos, intereses, multas o perjuicios reclamados como accesorios, causados hasta la presentación de aquella.

Para los efectos aquí contemplados, cuando en la demanda se acumulen varias pretensiones, la cuantía se determinará por el valor de la pretensión mayor (...).

Así pues, es completa y absolutamente claro que la cuantía se debió determinar **por el valor de los perjuicios materiales causados**, sin estimar los perjuicios inmateriales, salvo que esos fueren los únicos que se reclamasen. En el caso de marras, el apoderado manifiesta que: “(...) Se reclaman en este proceso el pago de perjuicios morales, materiales y daño a la vida de relación (...)”, **lo cual automáticamente elimina de tajo los perjuicios inmateriales para estimar la cuantía**. Por último, debe recordarse que, si bien el daño a la vida de relación no es reconocido actualmente por el Honorable Consejo de Estado, dado que se unificó en la categoría de daño a la salud, este tipo de perjuicio también es de índole inmaterial.

Por lo anterior, el despacho no debió haber proferido Auto mediante el cual resolvió admitir la demanda. Así las cosas, solicito se declare probada esta excepción que emana del numeral 5 del artículo 100 del CGP.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. COADYUVANCIA DE LAS EXCEPCIONES QUE INTERPUSO LA E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda las planteadas por la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, que coadyuvo expresamente, solo en cuanto las mismas no perjudiquen a mi representada, ni comprometan su responsabilidad.

2. NO SE ENCUENTRA DEMOSTRADO EL HECHO GENERADOR DEL PRESUNTO DAÑO ALEGADO POR PARTE DE ELIZABETH REYES LOZANO

En tratándose de la falla probada del servicio como título de imputación, es claro que le asiste al demandante demostrar que la creación de un riesgo por parte del demandado fue la causa del daño cuya reparación reclama.

En otras palabras, la parte actora tiene la carga de probar dos supuestos para que proceda la declaración de responsabilidad. A saber: (i) la determinación de un daño antijurídico causado al afectado, y (ii) Que el antedicho daño antijurídico sea imputable a la acción u omisión de las entidades demandadas.

Es así como en aquellas situaciones en donde el demandante aduce haber sufrido un perjuicio bajo este título de imputación es claro que inexorablemente se mantiene la carga probatoria en cabeza de la parte demandante. En el caso que nos ocupa, es necesario concluir que los elementos constitutivos de la responsabilidad extracontractual están lejos de ser demostrados. No hay evidencia concluyente, ni mucho menos sólida, que justifique las pretensiones de la parte actora.

Siendo así las cosas, en tanto no se demuestre cabalmente la relación de causalidad entre la conducta presuntamente desplegada por el demandado y el accidente referido en la demanda, será imposible para el Juez derivar cualquier clase de responsabilidad de los sujetos demandados, no solo por cuanto faltare uno de los elementos que configuran la responsabilidad extracontractual del Estado, sino también porque, por sustracción de materia no será factible analizar la incidencia causal del accionar de los demandados o terceros involucrados.

En consecuencia, es claro que las pretensiones de la demanda solo están llamadas a ser reconocidas en la medida que se compruebe fehacientemente que la conducta desplegada por el demandado constituyó la causa eficiente del acaecimiento del referido accidente. De lo contrario, es claro que no podrá proferirse condena alguna en contra de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

3. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

Obedeciendo los títulos de imputación vigentes y utilizados por la jurisdicción contencioso administrativa, al presente caso debe impartírsele el régimen general de **falla probada del servicio**, lo cual, al tratarse de un régimen subjetivo de responsabilidad le impone a la parte demandante el deber de probar los supuestos de hecho que sirven de sustento a sus pretensiones. La justificación de consagrar la falla probada del servicio como régimen general de responsabilidad obedece a que con este título el juez puede motivar libremente sus decisiones de acuerdo a las pruebas allegadas al proceso, es decir, le permite establecer políticas de prevención de daños antijurídicos derivado del incumplimiento de obligaciones.

Así las cosas, el apoderado actor debe probar los elementos estructurales de la responsabilidad, que como se anticipó en el acápite anterior, en materia administrativa son el daño y la imputación. Estos dos elementos estructurales nunca se presumen y deben estar debidamente acreditados por la parte actora. Ahora bien, en lo que respecta a la imputación, no hay prueba que permita su estructuración, más allá de hipótesis e indicios.

Corolario lo anterior, de antaño la jurisprudencia del máximo tribunal de lo contencioso administrativo determinó lo siguiente:

*“La noción de la falla del servicio no desaparece, como lo ha señalado la Sala, de la responsabilidad estatal fundada en el citado artículo 90 de la Carta. Cuando de ella se derive la responsabilidad que se imputa a la administración se constituye en un elemento **que debe ser***

acreditado por el demandante. Así lo ha repetido esta misma Sala¹⁰. Negrilla por fuera del texto

La imputación tiene unas etapas que no pueden desconocerse al momento de intentar atribuir un daño, por lo que es claro que no hay suficientes pruebas que permitan concluir la estructuración de responsabilidad de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y por ende, de la entidad aseguradora que represento.

Para partir de la base de atribuir responsabilidad, el demandante debió determinar desde la perspectiva causal qué conducta, acción u omisión, fue la que produjo el daño. Se reitera que en este caso el demandante se refirió a la responsabilidad de la demandada, al manifestar que existía una relación de causalidad entre la responsabilidad del mismo y el presunto daño causado como consecuencia de la práctica de una una histerectomía total abdominal, más sou izquierda y liberación de adherencias, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles. Sin embargo, **estas son apreciaciones subjetivas de las que no hay prueba suficientemente conducente**, ya que la demandante no logra acreditar con suficiencia que producto de la intervención quirúrgica se hubiese generado el presunto daño, toda vez que la actora contaba con **antecedentes como dos (2) cesáreas previas y la preexistencia de bridas en la zona pélvica**. Empero, aún en gracia de discusión, si presuntamente producto de la intervención quirúrgica se produjo una fístula vesico - vaginal, esta es una circunstancia común en este tipo de procedimientos.

Esa hipótesis de responsabilidad fue construida por la parte demandante para fundamentar la legitimación por pasiva de la entidad demandada, omitiendo prueba alguna que permitiera atribuir a los demandados el daño generado.

En tratándose de la falla del servicio como título de imputación y la respectiva carga de la prueba a cargo del demandante, la máxima corporación de lo contencioso administrativo precisó:

“(…) La Sala, de tiempo atrás, ha dicho que la falla del servicio ha sido en el Derecho Colombiano y continúa siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete 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 (…)

(…) Reiteradamente la Sala ha señalado que la responsabilidad del Estado se ve comprometida cuando se encuentran acreditados los siguientes elementos: i) la existencia de una obligación legal o reglamentaria a cargo de la entidad demandada de realizar la acción con la cual se habrían evitado los perjuicios; ii) la omisión de poner en funcionamiento los recursos de que se dispone para el adecuado cumplimiento del deber legal, atendidas las circunstancias particulares del caso; iii) un daño antijurídico, y iv) la relación causal entre la omisión y el daño (…)¹¹”.

Está claro que la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, conforme a la *lex artis*, **llevó a cabo todos los procedimientos médicos con pericia, cuidado, responsabilidad y esfuerzo profesional para procurar el mejor resultado posible con la señora ELIZABETH REYES LOZANO, no sin antes tener en cuenta que**

¹⁰ Consejo de Estado (1993). Expediente 7742 del 25 de febrero. C.P. Carlos Betancur Jaramillo.

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera (2011). Sentencia 22.745, C.P. Mauricio Fajardo Gómez. 14 de septiembre.

la obligación de los galenos es de medios y no de resultados, de manera que la sola existencia del daño no puede hacer presumir de ninguna manera la falla del servicio.

De la lectura detenida de la historia clínica allegada por el centro asistencial asegurado, se desprende inequívocamente que todas las actuaciones que desplegó la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** para con la señora **ELIZABETH REYES LOZANO** fueron serias, oportunas, aterrizadas y apegadas a la *lex artis*, conforme al nivel de complejidad de una institución de segundo (II) nivel.

Ahora, en superabundancia, en el remoto e hipotético evento en que el despacho considerase que por parte del galeno existió un **error de diagnóstico**, el honorable Consejo de Estado en un caso semejante al aquí discutido determinó que no existió falla médica alguna por un error de diagnóstico, pues no en todos los casos en que este no resultaba acertado se comprometía la responsabilidad por el acto médico, pues para ello deberían probarse algunas de las siguientes exigencias¹²:

- El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.
- El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.
- El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.
- El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente.
- Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso en concreto.

Sumado a lo anterior, es claro, conforme a la historia clínica que reposa en el expediente que el médico tratante sometió al demandante a una valoración física completa, utilizó todos los recursos técnicos y científicos para determinar el procedimiento a seguir, interpretó oportunamente los síntomas del paciente y sobre todo, realizó oportunamente los exámenes indicados para atender a la actora de manera eficiente. Finalmente, resulta menester indicar que a través de la Sentencia antes referenciada¹³, se indicó lo siguiente:

“(…) En los casos en los cuales el actor cuestione la pertinencia o idoneidad de los procedimientos médicos efectuados, a su cargo estará la prueba de dichas falencias (…)”.

En suma, en el asunto que nos ocupa, se observa a lo largo del expediente que los hechos que fungieron de base para la acción interpuesta por los demandantes, no son imputables al demandado. Por ello, es imposible hacer viable la prosperidad de los perjuicios alegados, como quiera que el demandante pretende el pago de una indemnización, aduciendo como base la supuesta responsabilidad administrativa, sin que ello se hubiere presentado, por el contrario se logró demostrar que la conducta y actuación desplegada los galenos que atendieron a **ELIZABETH REYES LOZANO**, se ajustó siempre y en todo momento a los cánones de la *lex artis* para este tipo de intervenciones, y no obedeció a una mala práctica médica por su parte.

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Sentencia del 13 de junio del 2016, exp. 85001-23-31-000-2005-00630-01(37387), C.P.: Carlos Alberto Zambrano Barrera.

¹³ Ídem.

Así pues, es importante precisar en este punto que, si no hay ningún parámetro que pueda evidenciar una falla de la que se desprenda la obligación de reparar por parte de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, luego no hay ningún fundamento jurídico para que la sociedad que represento intervenga en calidad de llamado en garantía dentro de la presente acción.

Por lo anterior, le ruego al señor Juez declarar probada esta excepción.

4. HECHO EXCLUSIVO Y DETERMINANTE DE UN TERCERO

Si eventualmente el Despacho considera que sí se estructuró un daño sobre el cual proceda una indemnización, necesariamente debe concluir que este no es atribuible a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**. Ya se ha hablado sobre los problemas de interpretación para identificar la causa eficiente del daño, no obstante, en cualquier escenario queda totalmente claro que de configurarse una causa, esta no es atribuible al Hospital demandado.

Como se desprende de la historia clínica de la actora, la causa eficiente del daño (en caso de que resulte probado) fue la atención médica que recibió la paciente en otro centro asistencial. Si desde esa perspectiva causal se partiera para atribuir un daño, es totalmente claro que el juicio no puede realizarse respecto al hospital demandado, y será evidentemente necesario declarar la intervención autónoma y exclusiva de un tercero en la materialización del daño.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

5. LA OBLIGACIÓN MÉDICA ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, RESPECTO A LOS PROCEDIMIENTOS Y ATENCIÓN REALIZADA A LA SEÑORA ELIZABETH REYES LOZANO

Al día de hoy, en lo que alude a la responsabilidad médica, no cabe duda de la tesis mayoritaria la cual se inclina a que la obligación asumida por el galeno es de medio y no de resultado, lo que es determinante para efectos de definir el régimen de responsabilidad aplicable en los eventos en los que se discute un daño como producto de la actividad médica. Esto incluso aplica en lo que atañe a la especialidad de urgencias, pues se ha señalado que no puede exigirse al profesional en salud un resultado concreto, una garantía o un producto determinado, sino que su única obligación es la de realizar su actividad de la mejor manera posible, de acuerdo a los conocimientos adquiridos, actualizados y conforme las técnicas y usos existentes aceptados por las autoridades médicas, con el propósito de que el resultado sea el que normal y ordinariamente debe producirse.

En este orden de ideas, salta a la vista que la corriente doctrinal minoritaria que se inclina por reconocer obligaciones de resultado para ciertas ramas de la medicina o procedimientos médicos concretos constituye una tesis que fue ampliamente superada por la jurisprudencia colombiana.

En el caso de marras, evidentemente no puede aplicarse la presunción de una atención sin yerros y que la cirugía no tuviese complicación alguna.

La histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. Una histerectomía parcial solo extirpa el útero y deja el cuello uterino intacto. Una histerectomía total extirpa el útero y el cuello uterino. A veces una histerectomía incluye la extirpación de

uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio. La histerectomía también se puede realizar a través de una incisión en la vagina (histerectomía vaginal) o mediante el enfoque quirúrgico robótico o laparoscópico, que utiliza instrumentos largos y delgados insertados a través de incisiones abdominales pequeñas. Como todo procedimiento, este puede presentar riesgos, los cuales pueden ser:

1. Choque hipovolémico.
2. Infecciones postquirúrgicas.
3. Dehiscencia de herida.
4. Lesión intestinal.
5. Lesión ureteral.
6. Lesión vesical.
7. Edema pulmonar.
8. Isquemia miocárdica.
9. Infarto miocárdico.
10. Íleo metabólico.
11. Fístula vesical.

A continuación, deben tenerse en cuenta los siguientes puntos que refuerzan el despliegue de las actuaciones médicas correctas y tendientes al tratamiento terapéutico adecuado:

- La urgencia del tratamiento: De acuerdo con la historia clínica la señora **ELIZABETH REYES LOZANO**, fue sometida a diagnóstico, procedimiento y postoperatorio sin dilación alguna.
- Afectación de derechos del paciente de no realizarse la intervención: La paciente ingresó al servicio de urgencias manifestando dolor, por lo que tuvo que someterse a la intervención con la finalidad de salvaguardar su vida e integridad.
- Existencia de otros tratamientos: Ya se había agotado todos los tratamientos posibles con la demandante antes de acudir a la histerectomía. Este era el tratamiento tradicional que la comunidad científica acepta.
- Comprensión de los efectos: La paciente comprendía perfectamente y no tenía ningún vicio en su consentimiento que la nublara de entender y someterse al tratamiento.
- Dificultad del tratamiento: Como todo tratamiento tiene posibles riesgos y eventualmente puede el organismo de la paciente disminuir las probabilidades de éxito de la operación.

Es menester plasmar en este medio exceptivo lo determinado por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en 2017¹⁴, en un proceso de responsabilidad médica en la cual se debatía la responsabilidad de los médicos por una perforación de duodeno:

“(…) Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, aparea la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa (…)

*(…) Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis* (…). Ello no significa soslayar los errores. Estos pueden ser excusables e inexcusables. En el ámbito de estos últimos, se hallan los groseros, los culposos, los faltos de diligencia y cuidado, y por tanto injustificados, motivo por el cual resultan abiertamente inexcusables y consecuencialmente, reparables “in natura” o por “equivalente”, pero integralmente. Todos los otros resultan excusables (…)*”.

Entonces, los profesionales de la salud de la **ELIZABETH REYES LOZANO**, utilizaron todos los medios que tenían a su alcance para realizaron un análisis empírico y descartar las múltiples patologías que tienen como síntomas los mismos con que ingresó la paciente. Luego realizaron histerectomía. Se hace énfasis en el cumplimiento de las obligaciones médicas, pues los galenos desplegaron los tratamientos, exámenes y servicios médicos como se los demanda la *lex artis*, y respetando siempre el juramento hipocrático, con el único fin de salvaguardar la vida de la hoy actora.

En mérito de lo expuesto, comedidamente solicito declarar probada la presente excepción.

6. CARENCA DE PRUEBA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS Y EXAGERADA TASACIÓN DE LOS MISMOS

Como se explicó en líneas anteriores, la tasación de los perjuicios materiales no obedece a un sustento probatorio que fehacientemente indique el perjuicio exacto en que incurrieron los demandantes. Como se explicó, el juzgador no está obligado a reconocer pretensiones indemnizatorias que no estén claramente acreditadas y tasadas porque no puede presumirlas y se debe atener a lo allegado oportunamente y probado en el proceso.

¹⁴ Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia (2017). Radicación 05001-31-03-012-2006-00234-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. Mayo 24.

En el caso de marras, tales pretensiones resultan ser inaceptables y respecto de las cuales no obra prueba en el expediente. Así las cosas, las mismas solamente demuestran un claro afán de lucro de la parte activa, las cuales de ninguna forma pueden ser endilgadas a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que no es admisible la presunción en esa materia, de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO II

I. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Por otra parte, procedo a manifestarme sobre los supuestos fácticos del llamamiento en garantía formulado por parte de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, de conformidad con el orden allí expuesto:

AL HECHO 1. Es cierto parcialmente, aclaro: El día 23 de febrero del 2016, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, expidió la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexo 0, que comprendía el amparo para la vigencia desde las 23:59 horas del 28/02/2016, hasta las 23:59 horas del 28/03/2017, bajo la modalidad de cobertura *claims made*, en donde se ampararían las indemnizaciones que el asegurado debiese pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada (28 de febrero del 2015).

Posterior a ello, el 1 de enero del 2016, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, expidió el anexo de renovación No. 1 de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004**, que comprendía el amparo para la vigencia desde las 23:59 horas del 28/02/2017, hasta las 23:59 horas del 28/02/2018, bajo la modalidad de cobertura *claims made*, en donde se ampararían las indemnizaciones que el asegurado debiese pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada (28 de febrero del 2015).

A continuación, el 1 de enero del 2016, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, expidió el anexo de renovación No. 2 de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004**, que comprendía el amparo para la vigencia desde las 23:59 horas del 28/02/2018, hasta las 23:59 horas del 28/02/2019, bajo la modalidad de cobertura *claims made*,

en donde se ampararían las indemnizaciones que el asegurado debiese pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada (28 de febrero del 2015).

En el orden de lo comentado, el 1 de enero del 2017, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, expidió el anexo de renovación No. 3 de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004**, mediante el cual se llevó a cabo la actualización de centros y puestos de salud habilitados en la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

En ese orden de ideas, y teniendo en cuenta que la primera reclamación a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** se produjo por fuera del periodo de vigencia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** (15 de julio del 2019), **desde ya se advierte la inexistencia de cobertura dada modalidad temporal suscrita en las mismas.**

Es importante aclarar que el contrato de seguro, documentado a través de la póliza No. **720 88 994000000004**, se encuentra sujeto a los precisos términos y condiciones establecidas en la misma y esta fue tomada por la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

AL HECHO 2. No se trata de un hecho que sirva de base para el llamamiento en garantía, únicamente se hace referencia a una apreciación subjetiva del apoderado del centro asistencial asegurado frente a los ámbitos de cobertura de la póliza.

AL HECHO 3. No se trata de un hecho que sirva de base para el llamamiento en garantía, únicamente se hace referencia a conjeturas del apoderado del centro asistencial asegurado. Empero, en el remoto e hipotético evento de realizarse el riesgo asegurado, se deberán tener en cuenta ámbitos de cobertura, los límites, sublímites, las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también, si se comprueba una causa de exclusión.

II. A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Al momento de resolver lo concerniente a la relación sustancial que sirve de base a la convocatoria que se hizo a mi procurada, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, como llamada en garantía por parte la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, ruego tener en cuenta, pese a la ausencia de responsabilidad de dicha entidad y de mi procurada en torno a los hechos en que se basa la demanda, que en el remoto caso que prosperaren una o algunas de las pretensiones del libelo de la parte actora, en gracia de discusión y sin que esta observación constituya aceptación de responsabilidad alguna, mi representada se opone a la prosperidad de las pretensiones del llamamiento en garantía en la medida que excedan los límites y coberturas acordadas, y/o desconozcan las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también, si exceden el ámbito amparado otorgado o no se demuestra la realización del riesgo asegurado o se comprueba una causa de exclusión.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Sobre este punto es importante recalcar que ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro debido al lapso de tiempo que transcurrió entre el conocimiento que la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** tuvo del siniestro y de la respectiva notificación del llamamiento en garantía a mi procurada.

La **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, como parte interesada en el contrato de seguro, contaba con dos (2) años a partir de la reclamación extrajudicial o judicial que le hiciera la presunta víctima para reclamarle a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** el pago de los perjuicios que supuestamente debería sufragar como indemnización.

El Código de Comercio lo ha establecido en el artículo 1081 de la siguiente manera: “La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”.

Sobre la partícula “interesado” se entiende que es el sujeto de derecho, entiéndase persona natural, jurídica o patrimonio autónomo, que tiene la posibilidad de ser indemnizada por la compañía aseguradora cuando se presente la ocurrencia de un siniestro. Esto quiere decir que la figura del interesado radica en aquella a quien el asegurador debe pagar o quien esté en la posibilidad de exigir el pago de una indemnización. Sobre lo anterior, de antaño la Corte Suprema de Justicia ha determinado que por interesado debe entenderse: el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador. Entonces, las personas anteriormente nombradas son las que tienen la calidad de interesados y por ello están cobijadas por el plazo de la prescripción de que trata el artículo 1081, bien sea a favor o en contra.

Ahora bien, los plazos prescriptivos no corren para todos los interesados de la misma forma. Para la víctima corre a partir de que conoce el hecho y para el asegurado, que muchas veces ostenta también la figura de tomador y beneficiario, a partir que la víctima le exige el pago de una indemnización, ora judicial o extrajudicialmente. Sobre esto el doctrinante Hernán López Blanco ha sido enfático:

“(...) es el asegurado quien está habilitado para ejercer la acción pertinente respecto de la aseguradora y en ella los plazos de prescripción para el mismo se computarán desde cuando la víctima lo requiere judicial o extrajudicialmente para que pague unos perjuicios, o sea que para el asegurado no empieza a correr el plazo de los dos años en el mismo momento en que se inicia para la víctima y beneficiario del contrato, o sea desde cuando sucede el hecho externo imputable al asegurado, sino a partir de la presentación de una reclamación judicial o extrajudicial (...)”

Lo anterior igualmente es establecido por el artículo 1131 del Código de Comercio: “En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial”.

En el caso que nos ocupa, se tienen las siguientes fechas:

- Radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial: 12 de junio del 2019.
- Celebración de audiencia de conciliación extrajudicial: 15 de julio del 2019.
- Notificación de la admisión del llamamiento en garantía: 11 de noviembre del 2021.
- Notificación del llamamiento en garantía a mi representada: 19 de noviembre del 2021.

Así las cosas, se puede evidenciar que entre la celebración de audiencia de conciliación y la notificación del llamamiento en garantía a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, **transcurrieron más de dos (2) años y cinco (5) meses.**

El fenómeno de la prescripción ha operado en tanto la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, como uno de los convocados que, a pesar de no asistir a la diligencia, fue debidamente notificado de la misma. Así las cosas, desde el 15 de julio del 2019, ese centro asistencial conoció del siniestro y de la indemnización por concepto de perjuicios pedida por la aquí accionante, por lo que las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas.

2. INEXISTENCIA DE COBERTURA Y CONSECUENTEMENTE DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DADA LA MODALIDAD TEMPORAL (CLAIMS MADE) SUSCRITA EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 720 88 994000000004 ANEXOS 0, 1 Y 2.

Respecto al llamamiento en garantía se debe destacar como primera medida, que la responsabilidad de mi prohijada solo puede verse comprometida ante el cumplimiento de la condición pactada, de la que pende el surgimiento de la obligación condicional, esto es la realización del riesgo asegurado.

La modalidad de seguro Claims Made fue introducida a nuestro ordenamiento jurídico por medio del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, en virtud del cual se permitió la expedición de pólizas cuya cobertura estuviere determinada por la fecha de la reclamación del beneficiario del seguro:

ARTICULO 4o. 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.

Sobre la reseñada modalidad de seguro, la Corte Suprema de Justicia ha precisado:

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.

Se concluye que para que opere la cobertura de un seguro que se pactó bajo la modalidad “claims made” o “de reclamación”, deben cumplirse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, los siguientes requisitos: (i) que los eventos que dieron origen al proceso se encuentren dentro de la vigencia o del período de retroactividad de la póliza y (ii) que dichos eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. Esta doble exigencia consagrada en la ley 389 de 1997 (sinistro y reclamación dentro del término específico) deberá agotarse en todos los casos para el nacimiento de la obligación resarcitoria del asegurador.

En el caso que nos ocupa se tiene que los contratos de seguro documentados en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1, y 2 concertados entre la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** y mi representada, fue pactado bajo modalidad “*Claims Made*”. En consecuencia, para que opere la cobertura de las tres pólizas mencionadas, debe acreditarse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, que la primera reclamación con ocasión a los hechos que motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia de la reseñada póliza.

Por lo anterior, la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000004 anexos 0, 1 y 2 no debe afectarse, toda vez que la primera reclamación que se formuló no se realizó dentro del periodo de vigencia convenido.

En cuanto a la reclamación, la misma hace referencia a cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa imputable al asegurado. En este sentido, de la revisión del material documental aportado con la demanda, se observa que la audiencia de conciliación extrajudicial en la que se reclama al asegurado fue el **15 de julio del 2019**.

La vigencia pactada en los anexos de la póliza es la siguiente:

- Anexo 0: Del 28 de febrero del 2016 al 28 de febrero del 2017.
- Anexo 1: Del 28 de febrero del 2017 al 28 de febrero del 2018.
- Anexo 2: Del 28 de febrero del 2018 al 28 de febrero del 2019.

Con base en lo anterior, no se efectuó la comunicación o requerimiento al asegurado o aseguradora de petición de resarcimiento en la vigencia del contrato. Atendiendo lo previsto legalmente y pactado contractualmente, solamente se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas al asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza, y como se indicó, esta situación no se presentó con el contrato objeto del llamamiento en garantía.

Entonces, de acuerdo a la modalidad de cobertura explicada, debe necesariamente concluirse por el Juzgado que dicha póliza no tendría cobertura en el caso debido a que la reclamación a la entidad asegurada se presentó por fuera de la vigencia pactada en los contratos de seguro.

Por lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

3. INEXISTENCIA DE AMPARO Y CONSECUENTEMENTE DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA EN TANTO NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO PREVISTO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 720 88 994000000004 ANEXOS 0, 1 Y 2

Respecto al llamamiento en garantía se debe destacar como primera medida, que la responsabilidad de mi prohijada solo puede verse comprometida ante el cumplimiento de la condición pactada, de la que pende el surgimiento de la obligación condicional, esto es la realización del riesgo asegurado.

Es decir que la responsabilidad de mi representada está supeditada al contenido de la póliza, sus diversas condiciones, al ámbito de amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, a los riesgos asumidos por la convocada, a los valores asegurados para cada amparo, al deducible pactado etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido del contexto de la correspondiente póliza.

En el caso de marras, el interés asegurado de la precitada póliza consiste en:

Responsabilidad Civil Profesional Médica Institucional respecto del daño emergente por lesión o muerte ocasionados como consecuencia directa de errores u omisiones en el acto médico, durante la prestación de un servicio médico ejecutado en ejercicio de las actividades profesionales que correspondan a la institución o al personal auxiliar interviniente, siempre y cuando haya actuado dentro de la especialidad para la cual se encuentran debidamente autorizados.

Ahora, en el caso particular se observa que dicha condición nunca se cumplió, toda vez que la responsabilidad de la aseguradora está delimitada estrictamente por el amparo que otorgó a la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, tal y como se estipuló en el contrato de seguro que enmarca la eventual obligación de mi representada y considerando que la responsabilidad del ente convocante no se estructuró por no existir falla alguna de su parte o del personal a su servicio que haya originado algún perjuicio a los demandantes, los hechos y pretensiones de la demanda carecen de cobertura bajo la póliza de seguro utilizada como fundamento del llamamiento en garantía, pues no se cumplió la condición a la que está sometida la obligación de la aseguradora, esto es, que se realice el riesgo asegurado en los términos de la póliza.

Luego al no realizarse el riesgo asegurado, o no existir amparo para el evento, el juzgador debe exonerar a mi representada de toda obligación.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, Sentencia del 2 de mayo de 2000. Ref. Expediente: 6291. M.P: Jorge Santos Ballesteros; indicó lo siguiente:

“(…) Son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar (…).”

Por lo tanto, son estas las manifestaciones las que enmarcan las condiciones que regulan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo expresamente enunciado en el condicionado del contrato de seguro.

Vale la pena recordar al respecto, que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador, (la de indemnizar), una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 del Código de Comercio). Por ello, el nacimiento de la indemnización pende, exclusivamente, de la realización del siniestro contractualmente asegurado, por lo cual, no cualquier acto o hecho tiene la propiedad de ser un acto asegurado, sino únicamente tienen esta característica aquellos actos y hechos que son expresamente pactados en la póliza del contrato de seguro.

De esta manera, el hecho de haberse pactado en las pólizas de seguro concretamente en las condiciones generales, algunas exclusiones de amparo, ellas deben considerarse al proferirse la respectiva sentencia, pues de presentarse o configurarse una de ellas se releva a la compañía de la obligación de pagar cualquier tipo de indemnización.

Tal y como se pudo rescatar de las excepciones de la demanda, es imposible que se declare la responsabilidad de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, en la medida que la misma no causó los perjuicios reclamados por la parte actora ni estos le son atribuibles; dicho de otra forma, desde ya es claro que la asegurada **no** es civilmente responsable por los hechos que se narran en la demanda, razón por la cual no habrá lugar a condenar a mi representada al pago pretendido teniendo en cuenta que su obligación condicional (derivada del contrato de seguro) no ha surgido.

Por lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

4. MARCO DE LOS AMPAROS OTORGADOS, LÍMITE MÁXIMO DE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Sin perjuicio de lo anterior, y sin que se entienda comprometida mi representada, es necesario manifestar al Despacho, que bajo la hipótesis en que naciera obligación de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, la misma se sujetará a lo consignado al tenor literal de la póliza, y por tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado. Al respecto, el Código de Comercio en su artículo 1079, ha previsto: “*El asegurador no estará*

obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada (...); siendo así las cosas, en el improbable e hipotético caso de proferirse una condena a mi procurada, esta se verá condicionada al tope máximo pactado en el clausulado:

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		225,000,000.00	0.00

En tratándose de las condiciones generales y particulares de la póliza, conforme lo indica el Profesor Ossa¹⁵, las mismas:

“Están destinadas a delimitar, de una parte, la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y el modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.”

En ese sentido, las condiciones generales *secundum legem* o *praeter legem* tienen la virtualidad de ser un reglamento de los contratantes, atendiendo límites positivos (amparos) o límites negativos (exclusiones), y que debe ser observado conforme a las normas que regulan los contratos en general¹⁶, es decir, que constituye ley para las partes en virtud del acuerdo negocial el cual debe ser respetado y honrado por los sujetos contratantes.

En suma, las condiciones generales y particulares de la póliza son el resultado de la individualización de los riesgos asumidos por el asegurador en ejercicio de su objeto social de comercializar seguros, constituyéndose en la piedra angular del negocio jurídico aseguraticio en la medida en que delimita los riesgos bajo el principio de la liberalidad en la asunción de los mismos¹⁷, de tal suerte que, de no individualizarse los riesgos, el seguro no tendría sentido alguno puesto que no gozaría de viabilidad técnica, jurídica y económica. Es decir, no puede exigírsele a una Compañía de Seguros asumir, en términos generales, la asunción de riesgos de manera indiscriminada y a responder por la materialización de ellos cualquiera sea su fuente, objeto, lugar o momento en que acaezcan, de manera que las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro y los amparos otorgados y visibles en la carátula de la póliza, son, exclusivamente, los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento.

En este punto es importante resaltar lo previsto en las condiciones generales del contrato de seguro en la cual se establece, como límite de la indemnización, que la responsabilidad de las compañías por todo concepto no excederá del valor indicado en la carátula de la póliza para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

Como se probó con el clausulado del documento aportado, si se presentaran otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderá como una sola pérdida y la

¹⁵ Ossa G. J. Efrén. Teoría General del Seguro – El Contrato. Editorial Temis 1991.

¹⁶ Código Civil, Artículos 1618 y ss.

¹⁷ Código de Comercio, Artículo 1056.

obligación de mi representada está limitada a la suma asegurada, conforme a lo dispuesto en los Arts. 1079 y 1089 del Código de Comercio, es decir, el límite global del valor asegurado por vigencia anual se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas. La suma indicada en la carátula de la la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1 y 2 es el límite máximo de responsabilidad de la compañía por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia anual del seguro.

En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de la compañía puede exceder este límite durante la vigencia anual, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros. Según el condicionado materializado en la la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1 y 2, el límite máximo de responsabilidad pactado fue de \$1.500.000.000.

En efecto, la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales, convencionales o legales, de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro. Esto significa que la responsabilidad se predicará, cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la responsabilidad de la aseguradora se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de responsabilidad civil contiene el Código de Comercio. Ahora, cobran importancia esas condiciones convencionales y los límites máximos de responsabilidad que en la póliza se determinaron, incluyendo sus condiciones generales, las exclusiones y demás estipulaciones; teniendo presentes los límites o sumas aseguradas pertinentes y los deducibles que rigen.

Por lo tanto, son las condiciones de las pólizas (particulares y generales) las que enmarcan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo enunciado en tales condiciones del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador -la de indemnizar- una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 del Código de Comercio).

En orden de lo comentado, las condiciones pactadas en la la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1 y 2, indican el tope de la obligación indemnizatoria de la compañía aseguradora junto con el valor del deducible, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra.

5. EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 720 88 994000000004 ANEXOS 0, 1 Y 2 EXISTE UN DEDUCIBLE QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL ASEGURADO

Adicionalmente, y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay cobertura bajo el seguro comentado, ni de los demás argumentos expuestos atrás, también debe tener presente que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupan, se impuso una carga al asegurado o al beneficiario en caso de siniestro, por virtud de la cual estos asumirán una parte del mismo. Esto es lo que se denomina deducible, una suma de dinero del valor del siniestro que asumirán como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las caratulas de la póliza expedida por mi representada, se concertó un deducible el cual corresponde a la

fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado. En este caso se pactó de manera específica un deducible que corresponde al 10,00% del valor de la pérdida, mínimo por \$5.000.000.

Por otra parte, y de acuerdo con la normatividad vigente, la Superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No. 2019098264 del 29 de agosto de 2019 ha sido clara en definir en qué consiste el deducible, indicando lo siguiente:

(...) Sin embargo, es preciso señalar que en nuestro ordenamiento jurídico no existe disposición que obligue al asegurador a indemnizar conforme a determinado régimen específico, en consecuencia, sea que la incapacidad o la lesión se acredite en las formas mencionadas en su comunicación, la fijación del monto de la indemnización se rige por las estipulaciones que al respecto hubieren pactado el tomador y el asegurador.

Dicho esto, en una póliza donde se ampara la responsabilidad civil extracontractual el monto de la indemnización puede verse disminuido si las partes han pactado que un porcentaje de la pérdida se asumirá a título de deducible por el asegurado, convenio que resulta legalmente viable, de acuerdo con nuestro ordenamiento mercantil.

En efecto, la Sección I del Capítulo II, Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado "...deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño".

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.

Por tanto, el valor del ofrecimiento extendido por la compañía aseguradora, podría variar en función de los perjuicios sufridos por el reclamante, así como los elementos probatorios que se hubieren allegado para acreditar el valor de la pérdida, conforme lo presupuestado en el artículo 1077 del código de comercio, aunado a las condiciones generales y particulares pactadas en la póliza, como lo son el límite del valor asegurado, el deducible pactado con el asegurado, entre otros factores (...)¹⁸.

Ruego al despacho tener en cuenta cada una de las condiciones establecidas en la póliza en comentario, haciendo especial hincapié en la suma amparada mediante el contrato y al deducible pactado en el mismo. De igual manera, solicito que en el remoto evento de que se llegare a hacer efectivo el llamamiento en garantía se apliquen todas y cada una de las cláusulas y condiciones del contrato de seguro.

¹⁸ Superfinanciera (2019). Concepto 2019098264. "Seguros, Pago de Indemnización, Seguro de Responsabilidad Civil". Agosto 29.

6. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y prescripción.

**CAPÍTULO III
PRUEBAS**

- **DOCUMENTALES:**

Solicito se tengan como tales las siguientes:

1. Copia de la Carátula y el clausulado general de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **720 88 994000000004** anexos 0, 1, 2 y 3, junto a su clausulado general.
2. Certificado ADRES de **ELIZABETH REYES LOZANO**.

- **CONTRADICCIÓN DEL PERITAJE SUSCRITO POR EL MÉDICO HERMES GRAJALES JIMÉNEZ:**

De conformidad con los artículos 220 y subsiguientes, modificados por los artículos 56, 57 y 58 de la Ley 2080 del 2021, le ruego al despacho se sirva citar al perito **HERMES GRAJALES JIMÉNEZ**, para que se surta oportunamente la contradicción de su peritaje.

- **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Solicito señor juez, citar a **ELIZABETH REYES LOZANO, ANIBAL ARIAS, JEFFERSON JAVIER LEGARDA REYES, MYRIAM LOZANO DE HOLGUÍN y ALLISON ANDREA ARIAS REYES** para realizar interrogatorio de parte sobre los hechos de la demanda, cuestionario que presentaré el día de la diligencia.

- **ANEXOS**

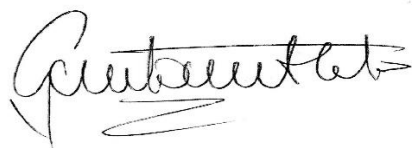
1. Poder para actuar.
2. Certificado de existencia y representación legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**.

**CAPÍTULO IV
NOTIFICACIONES**

La parte convocante, en el lugar indicado en el escrito de Llamamiento en Garantía.

El suscrito, en la Avenida 6A Bis N° 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la ciudad de Cali, o en la Secretaría de su Despacho. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No.19.395.114 de Bogotá D.C.
T. P. No. 39.116 del C.S. J.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA				COD. AGE: 720				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
23	02	2016	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	28	02	2016	23:59	28	02	2017	23:59	366	09	12	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL								A LAS				DÍAS			
												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO	EXPEDICION
VIGENCIA DEL ANEXO	DIA MES AÑO HORAS
	28 02 2016 23:59
VIGENCIA DESDE	A LAS
	28 02 2017 23:59
VIGENCIA HASTA	A LAS
	366

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TELÉFONO: 2856161

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TELÉFONO: 2856161
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE
	CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: **CARRERA 29 No. 39-51 0**

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	
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		225,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: **10.00 % 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**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES GENERALES TEXTO SOLIDARIA 10112010-1502-75-RC-36.

CONDICIONES PARTICULARES
=====

Dirección del predio: Sede Principal Carrera 29 N° 39-51 Palmira, incluyendo los Centros y Puestos de Salud donde se presta el servicio por personal médico profesional al servicio del asegurado, según relación de predios descritos en el anexo No. 1 de la presente.

Límite Geográfico: República de Colombia

MODALIDAD DE LA PÓLIZA

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****52,493,274	GASTOS EXPEDICION: \$ ****21,726.00	IVA: \$ ****8,402,400	TOTAL A PAGAR: \$ *****60,917,400
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUEMA	4796	100.00	

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)00000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

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

MAURGARCIA720 0

C9DA25780F07F87656

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Responsabilidad Civil Profesional Médica Institucional respecto del daño emergente por lesión o muerte ocasionados como consecuencia directa de errores u omisiones en el acto médico, durante la prestación de un servicio médico ejecutado en ejercicio de las actividades profesionales que correspondan a la institución o al personal auxiliar interviniente, siempre y cuando haya actuado dentro de la especialidad para la cual se encuentran debidamente autorizados.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DE CLINICAS, Y CENTROS MEDICOS, COBERTURA BASE CLAIMS MADE.

"Claims made": Cubre las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante la vigencia del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE RETROACTIVIDAD; A partir del 28 de Febrero de 2015

RIESGO CUBIERTO

Responsabilidad civil institucional:

Transporte en ambulancia

Responsabilidad civil del director médico:

Uso de equipos de diagnostico o de terapéutica:

Suministro de medicamentos

Sublímite del 20% para cubrir Daños morales, daños la vida en relación y lucro cesante, siempre que el daño moral derive de un daño físico y previo fallo judicial.

Sublímite del 15% para cubrir Gastos de defensa haciendo parte del agregado anual y no en adición a éste.

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

Cobertura para los siguientes equipos

Equipos de radiografía con fines de diagnostico

Equipo de Rayos X

Equipos de Topografías por ordenador (scanner)

Equipos de radiación por Isotopos

Equipos de Generación de Rayos Laser

Equipos de medicina nuclear incluyendo las materias radioactivas necesarias para su funcionamiento.

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.

LÍMITE ASEGURADO

Col\$ 1.500.000.000,00 por Evento / Agregado Vigencia.

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.

Sublímites gastos de defensa:

Gastos de defensa hasta el 15% del Límite Asegurado.

Los Gastos de Defensa en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza serán cubiertos dentro del Límite de Asegurado y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite Asegurado en la póliza.

El Asegurador responderá por los costos del proceso aún en exceso del límite de Indemnización, sin embargo, si la condena contra el Asegurado excede el límite asegurado, el Asegurador solo responderá por los gastos en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.

El Asegurador solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas del Colegio de Abogados de la respectiva ciudad.

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.

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. Estas conciliaciones y transacciones podrán hacerse dentro del juicio o fuera de él, es decir judicial o extrajudicialmente.

LIMITE DE TERRITORIO

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.

DEDUCIBLE:

Básico: 10% del valor de la reclamación por toda y cada pérdida, con un mínimo de Col\$5.000.000.

Gastos de defensa; Sin deducible.

El Deducible aplicará solo una vez en caso de que el mismo reclamo afecte varias coberturas.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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.

CONDICIONES PARTICULARES

Aplicación de disposiciones del Código de Comercio. Las reglas aplicables a los seguros en general y los principios, normas y reglas aplicables a los seguros de daños serán aplicables, salvo disposición en contrario, al seguro objeto de esta contratación. Jurisdicción y Límite Geográfico Colombia.

EXCLUSIONES

En adición a las exclusiones de las condiciones generales de la póliza se excluyen además las siguientes:

"Actos médicos" realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales 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.

"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, excepto en el caso que se determine que ellos han sido causados por un factor heredado y/i iatrogénico, descubiertos en el momento o un tiempo después del nacimiento, y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta el nacimiento, incluyendo el parto.

"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 con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

"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 Contractual y Extracontractual, tal como la RC General, RC Patronal, RC de Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no médicos (E&O), Servidores Públicos, RC de Automotores, etc.

"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 Exquatur 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 proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta

Cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de gastos de defensa, derivadas de:

a.Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

b.Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

CONDICIONES ESPECIALES

SINIESTRALIDAD

Sin siniestros o circunstancias conocidas o reportadas en el formulario de solicitud y/o en cualquier otro documentos entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro

INFORMACIÓN

Hace parte integrante de la póliza el formulario de solicitud debidamente diligenciado y fechado y/o en cualquier otro documento entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro.

La siguiente información deberá presentarse en caso de ser adjudicada esta propuesta ANTES del inicio de la vigencia:

(a) Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del 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 para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

(b) Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman parte de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

DEFINICION DE SINIESTRO

Todo hecho o acto u omisión culposa imputada al Asegurado bajo esta póliza, cometido durante la vigencia de la misma, si este aplicase, que haya ocasionado daños a la salud o a los bienes de la persona y por cuya responsabilidad civil se condene al Asegurado al pago de indemnización por los daños causados.

CONDICIONES ADICIONALES:

"Revocación de póliza con aviso de 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.

"No habrá restitución de la suma asegurada en caso de siniestro.

RELACION DE PERSONAL

Número de profesionales 240 (223 por prestación de servicios y 17 de planta) discriminados así:

137 - Auxiliares de enfermería

29 - Médicos generales

14 - Auxiliares de la salud

13 - Enfermeros Jefes

12 - Odontólogos

12 - Auxiliares de odontología

9 - Bacteriólogos

6 - Instrumentadores de cirugía

4 - Camilleros

3 - Técnicos rayos X

1 - Residente de farmacia

ANEXO No. 1

RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia

Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44

Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86

Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45

Puesto de Salud Matapalo Matapalo

Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco

Puesto de Salud La Torre La Torre

Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca

Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera

Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva

Puesto de Salud Tablones Tablones

Puesto de Salud Juanchito Juanchito

Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro

Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58

Centro de Salud Roza Roza

Puesto de Salud Obando Obando

Puesto de Salud - Amaime Amaime

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA** COD. AGENCIA: **720** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
ASEGURADO:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

Puesto de Salud Boyacá Boyacá
Puesto de Salud Combia Combia
Puesto de Salud La Acequia La Acequia
Puesto de Salud La Nevera La Nevera
Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
Puesto de Salud Tenjo Tenjo
Puesto de Salud la Herradura La Herradura
Puesto de Salud La Pampa La Pampa
Puesto de Salud La Dolores La Dolores
Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS
**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

7250084899
PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA			COD. AGE: 720			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
22	02	2017	28	02	2017	23:59	28	02	2018	23:59	365	09	12	2021
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO	RENOVACION								
VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA
	28	02	2017	23:59	28	02	2018	23:59	365
	VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TELÉFONO: 2856161

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TELÉFONO: 2856161
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE
	CIUDAD: PALMIRA
DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51 0	
ACTIVIDAD: HOSPITAL	
DESCRIPCION	AMPAROS
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	225,000,000.00
LÍMITE POR EVENTO	
DEDUCIBLES: 10.00 % 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	
BENEFICIARIOS	
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS	
CONDICIONES GENERALES TEXTO SOLIDARIA 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2.	
CONDICIONES PARTICULARES	
Dirección del predio: Sede Principal Carrera 29 N° 39-51 Palmira, incluyendo los Centros y Puestos de Salud donde se presta el servicio por personal médico profesional al servicio del asegurado, según relación de predios descritos en el anexo No. 1 de la presente.	
Límite Geográfico: República de Colombia	
COBERTURAS	
Responsabilidad civil profesional médica	
R c profesional médica durante transporte en ambulancia	
Responsabilidad civil general	

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****52,500,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****9,977,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****62,492,850
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUEMA	4796	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)00000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

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

MAURGARCIA720 0

C9DA25780E0CF4795A

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

LIMITE:\$ 1.500.000.000 - Limite único combinado con gastos de defensa en agregado/vigencia.

AMPAROS ADICIONALES

Honorarios de defensa:Sublímite del 15% del Básico. Por proceso \$25.000.000. Sin deducible.

Costos para la constitución de cauciones: Sublímite del 10% del Básico. Sin deducible.

Costas del proceso:Sublímite del básico.

Extensión periodo de reclamaciones/RC Prof Medica / Gastos Defensa:12 meses, con cobro del 100% de la prima anual.

RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas:Sublímite de 50% del Básico.

Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales:Sublímite de 30% de Básico.

RETROACTIVIDAD

La retroactividad será a partir a partir del 28 de Febrero de 2015, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando no se Tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA" Y 1.3.1 "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO" SEGÚN CLAUSULADO GENERAL.

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 24 meses, 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. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

1. CLAUSULAS ADICIONALES

1.1. Aviso de siniestro 30 días

1.2. Revocación de la póliza, con término de treinta (30) días.

1.3. Cláusula de no renovación tácita o automática.

1.4. Pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia.

1.5. No habrá restitución de la suma asegurada por pago de siniestro.

1.6. Todos los amparos y anexos hacen parte del límite agregado anual de responsabilidad y no son en adición a este.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES, sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:

o Asegurado contra Asegurado.

o 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.

o Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o súper-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

o Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

o 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.

o Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

o Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC de Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no médicos (E&O), Servidores Públicos, RC de Automotores, etc.

o 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 Esquitar en Colombia.

o 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.

o Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta

o Cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de gastos de defensa, derivadas de:

a. Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

b. Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

La Empresa 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.

ANEXO No. 1

RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia

Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44

Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86

Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45

Puesto de Salud Matapalo Matapalo

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA**

COD. AGENCIA: **720**

RAMO: **88**

Nº PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco
Puesto de Salud La Torre La Torre
Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca
Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera
Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva
Puesto de Salud Tablones Tablones
Puesto de Salud Juanchito Juanchito
Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
Centro de Salud Rozo Rozo
Puesto de Salud Obando Obando
Puesto de Salud - Amaime Amaime
Puesto de Salud Barrancas Barrancas
Puesto de Salud Boyacá Boyacá
Puesto de Salud Combia Combia
Puesto de Salud La Acequia La Acequia
Puesto de Salud La Nevera La Nevera
Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
Puesto de Salud Tenjo Tenjo
Puesto de Salud la Herradura La Herradura
Puesto de Salud La Pampa La Pampa
Puesto de Salud La Dolores La Dolores
Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS
**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

7250084899
PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA			COD. AGE: 720			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
14	02	2018	28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365	09	12	2021
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA		
												FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO	RENOVACION																																							
VIGENCIA DEL ANEXO	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>HORAS</td><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>HORAS</td><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>HORAS</td><td>DIA</td> </tr> <tr> <td>28</td><td>02</td><td>2018</td><td>23:59</td><td>28</td><td>02</td><td>2019</td><td>23:59</td><td>365</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">VIGENCIA DESDE</td> <td colspan="4">A LAS</td> <td colspan="4">VIGENCIA HASTA</td> <td colspan="1">A LAS</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365					VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA																												
28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365																																
VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS																												

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TÉLEFONO: 2856161

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51	CIUDAD: PALMIRA, VALLE
	TÉLEFONO: 2856161
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE
	CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: **CARRERA 29 No. 39-51 0**

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	
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		225,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: **10.00 % 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**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES GENERALES TEXTO SOLIDARIA 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2.

CONDICIONES PARTICULARES

Dirección del predio: Sede Principal Carrera 29 N° 39-51 Palmira, incluyendo los Centros y Puestos de Salud donde se presta el servicio por personal médico profesional al servicio del asegurado, según relación de predios descritos en el anexo No. 1 de la presente.

MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, sucedidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****52,500,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****9,977,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****62,492,850
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUEMA	4796	100.00	

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)00000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

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

MAURGARCIA 0

C9DA25780E06FF7D5D

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No POLIZA: 994000000004 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 28 de Febrero de 2015. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

DEDUCIBLES:

"Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

"Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

"Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000.

AMPARO BÁSICO:

"Responsabilidad civil profesional médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

R c profesional médica durante transporte en ambulancia: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

"Responsabilidad civil general; límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

"Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.

"Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.

"Suministro de medicamentos

"Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

"Gastos de Defensa: Sublímite del 15% del valor asegurado de la póliza, en el agregado vigencia, distribuido, así;

Por proceso; \$25.000.000 / por Evento \$50.000.000.

"Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: Sublímite de \$100.000.000 por evento/ vigencia.

"Costas del proceso según fallo judicial: Según texto clausulado general Aseguradora Solidaria.

"Gastos Médicos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

"Amparo de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Para que se otorgue 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) Ejercen 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.

Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 30% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el lucro cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

"Extensión del Periodo de Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Médica" y "Costos y Gastos del Proceso", según Clausulado General: bajo el presente amparo se 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 periodo veinticuatro (24) meses, 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. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

"No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

"Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.

"Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

"Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

"Cláusula de no renovación tácita o automática.

"Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:

"Asegurado contra Asegurado.

"Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, 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 con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

"Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

"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 reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

"Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

"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 Exqatur 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 proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

"Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado estético final.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

"Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

"Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

"Jurisdicción y Legislación Aplicable: Colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía, da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

"Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.

"Llevar adecuado registro del servicio médico 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.

"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.

"Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, 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.

"Mantener los equipos 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.

"Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algún tratamiento o examen o servicio médico.

ANEXO No. 1

RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia

Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44

Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86

Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45

Puesto de Salud Matapalo Matapalo

Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco

Puesto de Salud La Torre La Torre

Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca

Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera

Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva

Puesto de Salud Tablones Tablones

Puesto de Salud Juanchito Juanchito

Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA** COD. AGENCIA: **720** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **2**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
ASEGURADO:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
Centro de Salud Rozo Rozo
Puesto de Salud Obando Obando
Puesto de Salud - Amaime Amaime
Puesto de Salud Barrancas Barrancas
Puesto de Salud Boyacá Boyacá
Puesto de Salud Combia Combia
Puesto de Salud La Acequia La Acequia
Puesto de Salud La Nevera La Nevera
Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
Puesto de Salud Tenjo Tenjo
Puesto de Salud la Herradura La Herradura
Puesto de Salud La Pampa La Pampa
Puesto de Salud La Dolores La Dolores
Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA				COD. AGE: 720				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
02	03	2018	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365	09	12	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				DIAS			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
								28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365
								VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51			
CIUDAD: PALMIRA, VALLE			
IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9			
TELÉFONO: 2856161			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51			
CIUDAD: PALMIRA, VALLE			
IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9			
TELÉFONO: 2856161			
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS			
IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8			

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE CIUDAD: PALMIRA			

DIRECCION: **CARRERA 29 No. 39-51 0**

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	
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		225,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: **10.00 % 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**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA ACTUALIZACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD HABILITADOS EN EL HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO.

ANEXO No. 1
RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia
Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44
Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86
Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45
Puesto de Salud Matapalo Matapalo
Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco
Puesto de Salud La Torre La Torre

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****0	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****0	TOTAL A PAGAR: \$ *****0
--	---------------------------	------------------------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUEMA	4796	100.00	

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)00000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

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

EALARCON 0

C9DA25780E06F9775F

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA**

COD. AGENCIA: **720**

RAMO: **88**

Nº PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **3**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca
Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera
Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva
Puesto de Salud Tablones Tablones
Puesto de Salud Juanchito Juanchito
Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
Centro de Salud Rozo Rozo
Puesto de Salud Obando Obando
Puesto de Salud - Amaime Amaime
Puesto de Salud Barrancas Barrancas
Puesto de Salud Boyacá Boyacá
Puesto de Salud Combia Combia
Puesto de Salud La Acequia La Acequia
Puesto de Salud La Nevera La Nevera
Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
Puesto de Salud Tenjo Tenjo
Puesto de Salud la Herradura La Herradura
Puesto de Salud La Pampa La Pampa
Puesto de Salud La Dolores La Dolores
Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal
Hospital Raul Orejuela Buebo Carrera 29 # 39-51 sede San Vicente
CAB Comuna I Lote calle 57 carrera 44 y 45
Puesto de salud Guayabal Kilometro 3 # 19-189

CLIENTE

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 DICHS 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 DICHS 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 DESEMBOLESE 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 INTERVENCIÓNES 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 EXTRACONTRACTUAL 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
- 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 ADELANTE 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 ADELANTE 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:

- ✓ 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.



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	66762658
NOMBRES	ELIZABETH
APELLIDOS	REYES LOZANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	PALMIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	21/02/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 12/09/2021 09:57:07 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

Señores
JUZGADO 9 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
Cali

Referencia:	RADICADO:	201900190
	DEMANDANTE.	ELIZABETH REYES LOZANO
	DEMANDADO.	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE DE PALMIRA
	LLAMADO EN	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
	GARANTÍA.	

JUAN PABLO RUEDA SERRANO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **79.445.028** de **Bogotá**, 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 firma, 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,



JUAN PABLO RUEDA SERRANO
C. C. No. **79.445.028** de Bogotá
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C. C. No. 19.395.114 de
T. P. No. 39116

CAL79121 2021/12/02

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4260969618482645

Generado el 02 de diciembre de 2021 a las 16:55:29

**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 artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 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. 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, modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

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: 4260969618482645

Generado el 02 de diciembre de 2021 a las 16:55:29

**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
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 01/11/2021	CC - 79152694	Presidente Ejecutivo
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

Resolución S.B. No 2127 del 01 de octubre de 1998 Salud

Resolución S.B. No 636 del 13 de junio de 2002 Exequias

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: 4260969618482645

Generado el 02 de diciembre de 2021 a las 16:55:29

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

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

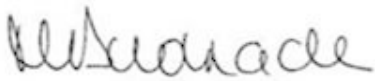
Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante

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



**MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL**

"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."