

Señores

JUZGADO SÉPTIMO (7º) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN (C).

j07admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 19001-3333-007-2018-00048-00
DEMANDANTE: MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA Y OTROS
DEMANDADOS: ESE CENTRO 2 DE ROSAS CAUCA Y OTROS.
LLAMADO EN GTÍA.: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la calle 100 No. 9 A - 45 Piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C., identificada con el NIT. 860.524.654 – 6, representada legalmente por la Doctora María Yasmyth Hernández Montoya, identificada con la cédula de ciudadanía No. 38.264.817, conforme se acredita con el poder y certificado de existencia y representación legal adjunto. En ejercicio de tal facultad y encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** propuesta por la señora María Melina Collazos Riveras y otros en contra de la Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca y otros y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por éste último contra mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hace a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su despacho tanto en la demanda como en los llamamientos en garantía, en los siguientes términos:

CAPÍTULO I. OPORTUNIDAD

Teniendo en consideración que la notificación electrónica del Auto Interlocutorio No. 500 del 11 de marzo de 2020 se efectuó por mensaje de datos dirigido al buzón electrónico de la compañía el 27 de junio del 2024 y de acuerdo a lo reseñado en el artículo 199 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo modificado por el artículo 47 de la Ley 2080 de 2021 que dice lo siguiente:

“ARTÍCULO 199. NOTIFICACIÓN PERSONAL DEL AUTO ADMISORIO Y DEL MANDAMIENTO EJECUTIVO A ENTIDADES PÚBLICAS, AL MINISTERIO PÚBLICO, A PERSONAS PRIVADAS QUE EJERZAN FUNCIONES PÚBLICAS Y A LOS PARTICULARES. <Artículo modificado por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021. El nuevo texto es el siguiente:> El auto admisorio de la demanda y el mandamiento ejecutivo contra

las entidades públicas y las personas privadas que ejerzan funciones públicas, se deben notificar personalmente a sus representantes legales o a quienes estos hayan delegado la facultad de recibir notificaciones, o directamente a las personas naturales, según el caso, y al Ministerio Público; mediante mensaje dirigido al buzón electrónico para notificaciones judiciales a que se refiere el artículo 197 de este código.

A los particulares se les notificará el auto admisorio de la demanda al canal digital informado en la demanda. Los que estén inscritos en el registro mercantil o demás registros públicos obligatorios creados legalmente para recibir notificaciones judiciales, en el canal indicado en este.

El mensaje deberá identificar la notificación que se realiza y contener copia electrónica de la providencia a notificar. Al Ministerio Público deberá anexársele copia de la demanda y sus anexos. Se presumirá que el destinatario ha recibido la notificación cuando el iniciador recepcione acuse de recibo o se pueda constatar por otro medio el acceso al mensaje electrónico por parte del destinatario. El secretario hará constar este hecho en el expediente.

El traslado o los términos que conceda el auto notificado solo se empezarán a contabilizar a los dos (2) días hábiles siguientes al del envío del mensaje y el término respectivo empezará a correr a partir del día siguiente. (...).” (negrilla y subrayado por fuera del texto original)

Se evidencia que la notificación electrónica se entiende surtida pasados dos (2) días después del envío del mensaje de datos y teniendo en cuenta que el conteo del término de traslado inició a partir del 28 de junio y 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18 y 19 de julio (los días 29 y 30 de junio y 1 de julio no se tienen en cuenta por ser días no laborables), se concluye que este escrito es presentado dentro del tiempo previsto para tal efecto

CAPÍTULO II. CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA POR LA CONFIGURACIÓN DE LA INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Es evidente e imprescindible indicar desde ya al despacho que el llamamiento en garantía que se contesta es ineficaz. Mediante auto interlocutorio No. 500 del 11 de marzo de 2020, el Juzgado Séptimo (7°) Administrativo del Circuito de Popayán admitió el llamamiento en garantía formulado por la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** a la compañía y solo se surtió la notificación de este a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** hasta el 27 de junio de 2024, es decir cuatro (4) años y cuatro (4) meses por fuera del término contemplado en la Ley, por lo tanto, el llamamiento deberá ser declarado ineficaz y en consecuencia **se debe ordenar la desvinculación de mi procurada de este proceso por haberse configurado el mencionado fenómeno jurídico.**

Sea lo primero advertir que, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 2080 de 2021 el cual modifica algunos artículos del Código Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, ha

tenido a bien el legislador, incorporar la figura denominada sentencia anticipada, por cumplimiento de los presupuestos procesales indicados de manera expresa dentro de la normativa aplicable.

Especialmente, preceptúa la norma en comento:

“ARTÍCULO 182A. SENTENCIA ANTICIPADA. <Artículo adicionado por el artículo 42 de la Ley 2080 de 2021. El nuevo texto es el siguiente:> Se podrá dictar sentencia anticipada:

(...)

3. En cualquier estado del proceso, cuando el juzgador encuentre probada la cosa juzgada, la caducidad, la transacción, la conciliación, la falta manifiesta de legitimación en la causa y la prescripción extintiva.

(...) (negrilla y subrayada por fuera del texto original)

Así las cosas, correspondería en este caso de manera ineludible, proceder por parte del despacho, a reconocer mediante sentencia anticipada y en aplicación de los preceptos enunciados, la configuración de **falta de legitimación en la causa por pasiva** por cuanto el llamamiento en garantía que se contesta es **INEFICAZ**, teniendo en cuenta los fundamentos fácticos y jurídicos que procedo a exponer a continuación:

Al respecto, téngase en cuenta que en Colombia existe el principio de economía procesal, el cual consiste básicamente en conseguir el mayor resultado con el mínimo de actividad de la administración de justicia. En consecuencia, la implementación de este principio busca la celeridad en la solución de los litigios, es decir, que se imparta de manera cumplida y oportuna la justicia.

Ahora bien, en virtud del principio de economía procesal, el legislador en el artículo 66 de la Ley 1564 de 2012 dispuso lo siguiente con respecto al trámite del llamamiento en garantía:

*“ARTÍCULO 66. TRÁMITE. Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial **Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz.** La misma regla se aplicará en el caso contemplado en el inciso segundo del artículo anterior”.*

En consecuencia, el Código General del Proceso estableció en el artículo 66 que a partir del auto que admite el llamamiento en garantía, la notificación deberá tramitarse dentro de los seis (6) meses siguientes, so pena de declararse ineficaz. Lo anterior, por cuanto no es dable que un proceso se encuentre inactivo indefinidamente, hasta que la parte que tenga la carga procesal decida realizar la respectiva notificación. Toda vez que aquella dilación estaría en contra del principio de economía procesal. En tal sentido y respecto de la ineficacia del llamamiento en garantía, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Quinta, consejero ponente: Carlos Enrique Moreno Rubio, mediante providencia del once (11) de junio de 2020, señaló:

“[D]ebe concluirse que al margen de si fue el juzgado el que asumió la obligación de practicar la notificación personal, o si esa carga se impuso a la parte interesada, en uno u otro caso habrá lugar a tener por ineficaz el llamamiento en garantía si el mismo no se notifica dentro de los seis meses siguientes a la ejecutoria del auto

que lo admitió. (...) Una interpretación en contrario llevaría a afirmar que las autoridades judiciales no están obligadas al cumplimiento de los términos perentorios propios de las normas de orden público, mientras que tal exigencia se aplica de manera implacable a los sujetos procesales interesados en el llamamiento en garantía”¹ (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De igual forma, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, consejero ponente: Roberto Augusto Serrato Valdés mediante providencia del veintiocho (28) de agosto de 2020, señaló:

“[L]a Sala considera que la consecuencia jurídica prevista en la norma para aquellos eventos en que no se efectúa la notificación personal de la providencia que admite el llamamiento en garantía en la oportunidad procesal allí consagrada, no es otra que su completa ineficacia, y tal consecuencia opera sin que tenga relevancia que el deber de notificar la decisión esté a cargo de la autoridad judicial que conoce del proceso o de la parte interesada en que la misma se efectúe. (...) Como sustento de la anterior conclusión, resulta imperativo recordar que las normas procesales (como en este caso lo es el artículo 66 del CGP), se caracterizan por ser postulados de orden público de obligatorio e ineludible incumplimiento, y, con base en dicha premisa, se explica su carácter irrenunciable e innegociable tanto por las partes en contienda como por el operador judicial quien, en todo momento, debe estar sujeto y conminado a su inexcusable y forzosa observancia”² (Subrayado y negrilla fuera de texto).

En este caso concreto, el Juzgado en un rol responsable profirió el auto de calenda 05 de febrero de 2020, notificado por estados electrónicos el 06 de febrero del mismo año mediante el cual admitió el llamamiento en garantía, sin embargo, la parte interesada **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** no adelantó ninguna gestión tendiente a notificar el auto admisorio antes del vencimiento del término señalado en el Código General del Proceso, pues la notificación a mi prohijada se realizó cuatro (4) años y cuatro (4) meses después, como se evidencia del correo de notificación:

¹ Consejo de Estado. Sala de lo contencioso administrativo. Sección Quinta. C.P. Carlos Enrique Moreno. Expediente 202001550.

² Providencia del 28 de agosto de 2020 del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, consejero ponente Roberto Augusto Serrato Valdés, Radicación 2020-1550, actor: Tony del Cristo Guerra Brun y Otro y Demandado: Tribunal Administrativo de Córdoba – Sala Segunda de Decisión.

De: Juzgado 07 Administrativo - Cauca - Popayán <j07admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Enviado: jueves, 27 de junio de 2024 8:00

Para: Maria Alejandra Paz Restrepo <mapaz@procuraduria.gov.co>; Orfeo <agencia@defensajudicial.gov.co>; notificaciones judiciales <notificacionesjudiciales@defensajudicial.gov.co>; fercho1048@hotmail.com <fercho1048@hotmail.com>; juridica@hospitalsan jose.gov.co <juridica@hospitalsan jose.gov.co>; jana181@hotmail.com <jana181@hotmail.com>; esecentro2@esecentro.gov.co <esecentro2@esecentro.gov.co>; juridicoexternocentro2@gmail.com <juridicoexternocentro2@gmail.com>; ventanilla.unica@centro2.gov.co <ventanilla.unica@centro2.gov.co>; jefe.administrativo@centro2.gov.co <jefe.administrativo@centro2.gov.co>; gerenciaesecentro2@hotmail.com <gerenciaesecentro2@hotmail.com>; asesorjuridicoesecentro2@hotmail.com <asesorjuridicoesecentro2@hotmail.com>; alejandro.ceron <alejoceron2@gmail.com>; nhurtadoa@gmail.com <nhurtadoa@gmail.com>; grupo3abogados@cosmitet.net <grupo3abogados@cosmitet.net>; notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co <notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co>; Procesos Judiciales <procesosjudiciales@parcaprecom.com.co>; EDGAR ALBERTO MOSQUERA FRANCO <edmfra@hotmail.com>; Fredy Osorio Solano <fosorios@parcaprecom.com.co>; distiraempresariales <distiraempresariales@gmail.com>; Camilo Andres Prieto Jaimes <prietojaimesabg@gmail.com>; Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>; Nicol Dahian Bulla Avendaño <nbulla@gha.com.co>; notificacionesjudiciales@previsora.gov.co <NOTIFICACIONESJUDICIALES@PREVISORA.GOV.CO>; notjudicial@fiduprevisora.com.co <notjudicial@fiduprevisora.com.co>; camila murcia <tributaria@previsora.gov.co>; notificaciones@solidaria.com.co <notificaciones@solidaria.com.co>; johanabedoyar@gmail.com <johanabedoyar@gmail.com>
Asunto: NOTIFICACIÓN PERSONAL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA Y ESTADO N° 079 DE 27 DE JUN DE 2024 – PROCESO 2018-048

DENTRO DEL PROCESO DE LA REFERENCIA, EN LA FECHA SE NOTIFICA PERSONALMENTE LA PROVIDENCIA QUE ADMITE LLAMAMIENTO EN GARANTIA, ASI MISMO SE ENVIA EL LINK DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO, Y SE DEJA CONSTANCIA DE LA COMUNICACIÓN DEL MENSAJE DE DATOS CONFORME AL ARTÍCULO 201 DEL CPACA, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 2080 DE 25 DE ENERO DE 2021, DEL ESTADO N° 079 DE 27 DE JUN DE 2024.

LINK EXPEDIENTE: [19001333300720180004800](#)
ACCESO HASTA EL 23 JUL 2024

Atentamente,

ELCY LEONOR COLLAZOS BURBANO
Secretaria del Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito de Popayán

En ese sentido, resulta clara la ineficacia del llamamiento en garantía por el cual se vincula a mi representada la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** en el presente proceso, toda vez que como lo ha dicho la jurisprudencia precitada, al margen de que la carga reposara en cabeza del juzgado o de la parte interesada, en cualquier caso, el llamamiento resulta ineficaz por cuanto no se notificó dentro de los seis meses siguientes a la ejecutoria del auto que lo admitió. De tal suerte que no existe duda sobre la ineficacia del llamamiento, razón por la cual debe el Despacho proceder a declararla probada y exonerar así de toda responsabilidad a mi representada.

En virtud de lo anterior, la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** no puede verse afectada, por cuanto el presente llamamiento en garantía es ineficaz. Para tal efecto, debe tenerse en cuenta lo indicado en líneas precedentes respecto a que la notificación del auto que admite el llamamiento en garantía se efectuó hasta el 27 de junio de 2024. En consecuencia y en virtud de lo señalado por el artículo 66 del Código General del Proceso, se contaba con el término de seis (6) meses para realizar la respectiva notificación, plazo que feneció en diciembre del 2020, teniendo en cuenta que el auto admisorio del llamamiento se notificó por estados el día 12 de marzo de 2020 y la suspensión de términos del 16 de marzo de 2020 al 30 de junio de 2020 por la situación de la emergencia sanitaria.

En consecuencia, teniendo en cuenta que la notificación personal del auto admisorio del llamamiento en garantía proferido el 11 de marzo de 2020, notificado por estados electrónicos el 12 solo se surtió a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** hasta el 27 de junio de 2024, es decir fuera del término contemplado en la Ley, el llamamiento deberá ser declarado ineficaz, siendo necesario por tanto que se desvincule a mi procurada de este proceso por cuanto, existe una evidente falta de legitimación en la causa material por pasiva de la compañía aseguradora.

En los anteriores términos, ruego declarar ineficaz el llamamiento en garantía y/o dictar sentencia anticipada en el presente caso, por la evidente falta de legitimación en la causa por pasiva de la compañía para mantener vinculada al proceso.

CAPÍTULO III. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS “HECHOS” DE LA DEMANDA

Frente al hecho denominado “PRIMERO”: No le consta a mi prohijada de manera directa que la señora María Melina Collazos Rivera y el señor Rosendo Chaves Guerrero lleven más de diez (10) años conviviendo bajo el mismo techo en unión marital de hecho, se trata de aseveraciones totalmente personalísimas de los aquí demandantes los cuales la compañía desconoce al no tener un vínculo cercano o canal directo que le permita conocer sus intimidades. Por lo tanto, deberá la parte actora acreditar lo aquí señalado mediante los medios probatorios existentes.

Frente al hecho denominado “SEGUNDO”: A mi prohijada no le consta de manera directa que la señora María Melina Collazos Rivera y el señor Rosendo Chaves Guerrero hayan procreado hijos, ni que los mismos correspondan a los aquí señalados. Sin embargo, obra en el plenario registros civiles de nacimiento de Robinson Mauricio Chaves Collazos, Sergio Manuel Chaves Collazos, Diana Sofía Chaves Collazos, Nelson Darío Chaves Collazos y Vanessa Alejandra Chaves Collazos.

Frente al hecho denominado “TERCERO”: A mi prohijada no le consta de manera directa que la señora María Melina Collazos Rivera haya iniciado en enero de 2015 controles prenatales por medio de la EPS Caprecom e IPS al enterarse que se encontraba en estado de gestación, toda vez que se trata de aseveraciones totalmente personalísimas de la aquí demandante, las cuales la compañía desconoce al no tener un vínculo cercano o canal directo que le permita conocer sus intimidades. Por lo tanto, deberá la parte actora acreditar lo aquí señalado mediante los medios probatorios existentes.

Sin embargo, es importante poner de presente al despacho que la señora María Melina Collazos Rivera para enero de 2015 contaba con **41 años de edad** de acuerdo a la información que reposa en la cédula de ciudadanía número 34.475.115, la cual registra como fecha de nacimiento el **22 de junio de 1973**, por lo tanto de acuerdo a lo señalado por la literatura médica la mortalidad de los fetos es muchísimo mayor. Tal y como se evidencia en el siguiente texto:

*“Durante el primer trimestre de embarazo, **las mujeres mayores de 35 años tienen un aumento del 45% de pérdida de la gestación** –principalmente por abortos espontáneos y gestaciones extrauterinas-. La tasa de gestación extrauterina es de 1,4% a los 21 años, y de 6,9% por encima de los 44.*

(...)

Durante el segundo y tercer trimestre, hay un aumento en el riesgo de muerte intrauterina; se multiplica por 2 en las mujeres de más de 40 años, y por 4 en las mayores de 45.

Otras complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo en mayor proporción por causa de la edad son la diabetes permanente y gestacional (riesgo multiplicado por 4,5), la hipertensión arterial crónica y la asociada al embarazo (de 3 a 12 veces más), la preeclampsia (3 veces más) y la eclampsia, y los tromboembolismos.

También se incrementa el riesgo de placenta previa, principal causa de hemorragia preparto; el riesgo de una mujer de 40 años es 9 veces el de una mujer de 20 años. Están incrementados el número de gestaciones múltiples (en parte debido a las técnicas de reproducción asistida), **lo que se relaciona con morbilidad materno-fetal.** En el caso de gestaciones únicas, un 5,8% de los partos son prematuros; en el caso del embarazo gemelar, nacen antes de la semana 37 el 44,9%.

Se observan más casos de crecimiento intrauterino restringido, y de cromosomopatías (síndrome de Down, de Edwards, de Klinefelter)” (negrilla y subrayado por fuera del texto original³).

Por lo anterior, la mortalidad fetal en una gestante de 40 años es mucho mayor que en una paciente de 20 años, es decir, que lo ocurrido con la señora María Melina Collazos Rivera puede ser consecuencia de un aborto espontáneo o una muerte súbita por los riesgos que contrae tener un embarazo a los 41 años de edad.

Frente al hecho denominado “CUARTO”: A mi prohijada no le consta de manera directa que a la señora María Melina Collazos Rivera el día 16 de abril de 2015 le hayan practicado una imagen por ultrasonido fetal, toda vez que se trata de condiciones personalísimas que se escapan de la esfera de conocimiento de la compañía aseguradora al no tener un vínculo o canal que permita conocerlas. Por lo tanto, deberá la parte actora acreditar lo aquí señalado a través de los medios probatorios pertinentes y útiles, previstos en nuestro ordenamiento jurídico.

Frente al hecho denominado “QUINTO”: No le consta de manera directa a mi prohijada las recetas, medicamentos y disposiciones médicas formuladas a la señora María Melina Collazos Rivera durante la evolución de su embarazo. Toda vez que estas situaciones hacen parte de la esfera íntima y personal de cada persona que a la compañía se le dificulta conocer si no existe un vínculo cercano o directo, por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, es menester indicar desde ya que de acuerdo a lo señalado por la Organización Mundial de Salud – OMS las embarazadas deben consumir *“La administración diaria por vía oral a las embarazadas de un suplemento que contenga entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, la insuficiencia ponderal al nacer y el parto prematuro”*⁴. Por lo anterior, los medicamentos recetados por la ESE Centro 2 Rodas Cuaca a la señora María Melina Collazos Rivera se encuentran acordes a la literatura médica y a los altos estándares de la Lex-Artis.

Frente al hecho denominado “SEXTO”: No le consta de manera directa a mi prohijada las recetas, medicamentos y disposiciones médicas formuladas a la señora María Melina Collazos Rivera durante la evolución de su embarazo. Toda vez que estas situaciones hacen parte de la esfera

³ Clínica Universidad de Navarra - Madre después de los 40 años - Consulta en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/embarazo/madre-despues-40-anos#:~:text=Durante%20el%20segundo%20y%20tercer,en%20las%20mayores%20de%2045>.

⁴ OMS - La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado – 7 de noviembre de 2016. Consulta en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who#:~:text=La%20administraci%C3%B3n%20diaria%20por%20v%C3%ADa,nacer%20y%20el%20parto%20prematuro>

íntima y personal de cada persona que a la compañía se le dificulta conocer si no existe un vínculo cercano o directo, por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, de acuerdo a lo señalado en la literatura médica es seguro el suministro de antibióticos como el metronidazol óvulos en 50mg y la cefalexina de 500mg para el tratamiento de vaginosis bacteriana, tal y como se expone a continuación:

“Concluyen que el tratamiento con metronidazol durante el embarazo no presenta ninguna asociación clínica importante con las malformaciones congénitas y por lo mismo puede emplearse sin temor, por parte del médico o de la paciente, gracias a su no comprobada teratogenicidad.”⁵

“Las mujeres embarazadas pueden tomar cefalexina ya que se considera un antibiótico seguro en cualquier etapa del embarazo, sin embargo, solo debe tomarse si lo indica el ginecobstetra”⁶

Por lo anterior, la conducta adoptada por los galenos de la institución de la ESE Centro 2 Rosas Causa se encuentra ajustada a los protocolos de la Lex-Artis, salvaguardando la vida e integridad de la madre gestante y el feto.

Frente al hecho denominado “SÉPTIMO”: No le consta de manera directa a mi prohijada las recetas, medicamentos y disposiciones médicas formuladas a la señora María Melina Collazos Rivera durante la evolución de su embarazo. Toda vez que estas situaciones hacen parte de la esfera íntima y personal de cada persona que a la compañía se le dificulta conocer si no existe un vínculo cercano o directo, por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Frente al hecho denominado “OCTAVO”: No le consta de manera directa a mi prohijada los exámenes y/o paraclínicos solicitados a la señora María Melina Collazos Rivera durante la evolución de su embarazo. Toda vez que estas situaciones hacen parte de la esfera íntima y personal de cada persona que a la compañía se le dificulta conocer si no existe un vínculo cercano o directo, por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Frente al hecho denominado “NOVENO”: No le consta de manera directa a mi prohijada las recetas, medicamentos y disposiciones médicas formuladas a la señora María Melina Collazos Rivera durante la evolución de su embarazo. Toda vez que estas situaciones hacen parte de la esfera íntima y personal de cada persona que a la compañía se le dificulta conocer si no existe un vínculo cercano o directo, por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

⁵ Revista colombiana de obstetricia y ginecología – 2002 - Consulta en :

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342003000100007#:~:text=Concluyen%20que%20el%20tratamiento%20con,a%20su%20no%20comprobada%20tera togenidad.

⁶ Grupo Rededor – 2008 - **Cefalexina en el embarazo: ¿se puede tomar? y ¿es seguro?:** consulta en:

<https://www.tuasaude.com/es/cefalexina-en-el-embarazo/#:~:text=Las%20mujeres%20embarazadas%20pueden%20tomar,si%20lo%20indica%20el%20ginecobs tetra.>

Sin embargo, de acuerdo con lo consignado en la literatura médica, la hipertensión es una de las consecuencias en mujeres embarazadas mayores de 40 años, tal y como se evidencia en el siguiente texto:

*“Otras complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo en mayor proporción por causa de la edad son la diabetes permanente y gestacional (riesgo multiplicado por 4,5), la hipertensión arterial crónica y la asociada al embarazo (de 3 a 12 veces más), la preeclamsia (3 veces más) y la eclamsia, y los tromboembolismos.”*⁷ (negrilla y subrayado por fuera del texto original)

Por lo anterior, el medicamento suministrado por la médica de la ESE Centro 2 Rosas Causas se encuentra acorde a la Lex-Artis máxime cuando esta patología es muy común en madres gestantes mayores de 40 años.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO”: A mi prohijada no le consta de manera directa la atención, las condiciones clínica ni mucho menos el diagnostico brindado a la señora María Melina Collazos Rivera el día 22 de junio de 2015 en el Hospital Universitario San José E.S.E. de Popayán, toda vez que, en primer lugar, la compañía no forma parte integral del personal médico por lo que desconoce las condiciones clínicas y de salud de la paciente y, en segundo lugar, entre la compañía y la demandante no existe un vínculo directo, cercano o íntimo que permita conocer sus situaciones médicas. Por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO PRIMERO”: No le consta a mi prohijada de manera directa que el galeno haya certificado que el 14 de agosto de 2015 ocurrió la muerte fetal del hijo de la señora María Melina Collazos Rivera, toda vez que el médico no es funcionario ni trabajador de la aseguradora. Sin embargo obra en el plenario certificado de defunción No. 71017508-3 del 14 de agosto de 2015.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO SEGUNDO”: A mi prohijada no le consta de manera directa las supuestas afectaciones morales y psicológicas que sufrió el grupo familiar toda vez que se trata de apreciaciones meramente moralistas y subjetivas con carente material probatorio. Puesto que no se allegó una prueba tan siquiera sumaria que le permitiera vislumbrar al despacho lo aquí referido. Por lo tanto, la parte actora deberá canalizar su esfuerzo probatorio en acreditar lo aquí señalado.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO TERCERO”: No es cierto lo aquí señalado. Dentro del presente asunto aún no se encuentra acreditada la supuesta negligencia de las entidades demandadas, máxime cuando el mismo será objeto del litigio. Adicionalmente nótese que el objeto aquí ventilado no es responsabilidad de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**, toda vez que el fallecimiento del nasciturus obedeció a circunstancias totalmente ajenas al actuar de los galenos o de las instituciones médicas. Así las cosas, el apoderado de la parte actora no

⁷ Clínica Universidad de Navarra - Madre después de los 40 años - Consulta en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/embarazo/madre-despues-40-anos#:~:text=Durante%20el%20segundo%20y%20tercer,en%20las%20mayores%20de%2045>.

puede deliberadamente atribuir un juicio de imputación a las entidades demandadas sin tan siquiera observar detenidamente las historias clínicas y evidenciar que la paciente siempre estuvo monitoreada por el personal de salud y que se le practicaron paraclínicos, examen físico y monitoreos fetales, pero el riesgo de mortalidad fetal e incluso maternal eran muy altas por su edad, esto es, 41 años.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO CUARTO”: A mi prohijada no le consta de manera directa lo relatado en este hecho toda vez que la compañía no hizo parte de la conciliación solicitada, no obstante, en el plenario obra constancia de no acuerdo del 04 de octubre de 2017 de la Procuraduría 183 Judicial I Para Asuntos Administrativos, en la cual se señala que se solicitó audiencia de conciliación el día 10 de agosto de 2017.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO TERCERO” – Se repite este numeral: A mi prohijada no le consta de manera directa lo relatado en este hecho toda vez que la compañía no hizo parte de la conciliación solicitada, no obstante, en el plenario obra constancia de no acuerdo del 04 de octubre de 2017 en la que se evidencia que la procuraduría que conoció el asunto fue la Procuraduría 183 Judicial I Para Asuntos Administrativos.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO CUARTO” – Se repite este numeral: A mi prohijada no le consta de manera directa lo relatado en este hecho toda vez que la compañía no hizo parte de la conciliación solicitada, no obstante, en el plenario obra constancia de no acuerdo del 04 de octubre de 2017 de la Procuraduría 183 Judicial I Para Asuntos Administrativos, en la cual se señala que se celebró audiencia de conciliación el día 28 de septiembre de 2017.

II. FRENTE A LAS “PRETENSIONES” DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por carecer de fundamentos fácticos, jurídicos y probatorios que hagan viable su prosperidad. En las pretensiones de la demanda es notorio el deseo desproporcionado del extremo actor por lucrarse, debido a que no logra, siquiera de forma sumaria, demostrar los elementos esenciales para que se configure la eventual responsabilidad en cabeza de la parte pasiva.

Frente la pretensión denominada “PRIMERA”: Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se acceda a la solicitud de declaratoria de responsabilidad en contra de las entidades demandadas, en especial de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** por los supuestos perjuicios ocasionados a los demandantes por el fallecimiento del nasciturus. Lo anterior, como quiera que no hay ningún tipo de evidencia en el plenario que establezca que por parte de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** se desarrolló alguna conducta negligente u omisiva que hubiese sido la desencadenante de los hechos reprochados. Pues se recuerda que el Hospital atendió a la paciente de acuerdo a los protocolos establecidos en la Lex-Artis y el fallecimiento del bebé se dio en una institución totalmente diferente a esta y por causas totalmente ajenas a la voluntad de los galenos.

Frente la pretensión denominada “SEGUNDA”: Respetuosamente manifiesto al despacho que me opongo a la prosperidad de esta pretensión, teniendo en cuenta que la misma es consecencial de la pretensión anterior, en ese sentido, como aquella no tiene vocación de prosperidad al no existir una negligencia u omisiva por parte de las entidades demandadas, en especial de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** ésta también deberá negarse.

Frente la pretensión denominada “1. POR PERJUICIOS INMATERIALES”: Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene a las entidades demandadas en especial a la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** a indemnizar a los aquí demandantes por los supuestos daños morales sufridos toda vez que no hay responsabilidad en la prestación del servicio médico dispensado. Además, me opongo a esta pretensión habida cuenta que no se aportaron elementos materiales probatorios que acrediten que el fallecimiento del bebé se haya dado por omisiones de las entidades demandadas, máxime cuando con la historia clínica se acreditó que a la paciente se le realizaron todos los paraclínicos, exámenes físicos y ecografías necesarias para establecer un diagnóstico acertado y claro y que finalmente el fallecimiento se dio en una institución médica diferente, obedeciendo a causas ajenas a la voluntad de los galenos y por el riesgo de mortalidad fetal e incluso maternal que existía por la edad de la señora María Melina Collazos Rivera, esto es, 41 años.

Frente la pretensión denominada “TERCERA”: Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohijada, manifiesto que me opongo a su reconocimiento, toda vez que, al no encontrar fundamentos jurídicos ni fácticos para endilgarle obligación alguna a los demandados, de ninguna manera puede pretenderse con éxito que prospere una condena adicional por el concepto solicitado.

Frente la pretensión denominada “CUARTA”: Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohijada, manifiesto que me opongo enfáticamente a que se ordene a las entidades demandadas a dar cumplimiento a lo establecido en el Art. 192 de la Ley 1437 de 2011. Lo anterior, toda vez que a todas luces resulta improcedente, pues no se acreditan los requisitos necesarios para que se estructure la responsabilidad como se ha explicado, por lo que no habrá condena en contra de las entidades demandadas.

III. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

En el presente acápite se presentarán los fundamentos de hecho y de derecho que en general, sustentan la oposición a las pretensiones de la demanda y que en particular dan cuenta de que el demandante no ha probado, como es su deber, la existencia de todos los supuestos normativos de la presunta responsabilidad patrimonial que pretende endilgarle a las demandadas en este litigio.

Sustento la oposición a las pretensiones invocadas por el extremo activo de este litigio, de conformidad con las siguientes excepciones:

A. AUSENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE EL FALLECIMIENTO DEL NASCITURUS Y LA SUPUESTA OMISIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 ROSAS CAUCA.

De acuerdo a los hechos objeto del presente litigio, la parte actora señala que existió “negligencia al no prestar la atención y utilizar los protocolos correspondientes con la señora María Melina Collazos Rivera” y adicionalmente que el galeno del Hospital Universitario de Popayán solicitó exámenes y valores médicos para dentro de quince (15) días, los cuales era mucho tiempo y lamentablemente desencadenó el fallecimiento del bebé. Sin embargo, en el escrito de la demanda no se realiza ningún tipo de imputación en contra de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**, no obstante, se realizará un análisis frente la actuación de la ESE, señalando desde ya, que en primer lugar, el reproche que se realiza son hechos que ocurrieron en otra institución médica sobre la cual la ESE nivel 1 de Rosas no tiene injerencia alguna, en segundo lugar, que la institución médica actuó conforme a los lineamientos y protocolos de la Lex-Artis. Aunado a ello, es menester indicar que la paciente contaba con 41 años al momento de presentar su séptimo (7) embarazo, por lo que el riesgo de mortalidad del feto según la literatura médica es muy alto en pacientes que superan los 40 años. Por lo tanto, nótese que no existe una relación de causalidad entre el fallecimiento del nasciturus y el actuar de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** que constituya una responsabilidad, máxime cuando el nasciturus ni siquiera falleció en esta institución.

Al respecto de la necesidad de la acreditación cierta de una relación de causalidad entre la conducta de los demandados y el daño, no es suficiente con demostrar que el daño es antijurídico, en Sentencia del 3 de febrero de 2010, radicación No. 25000-23-26-000-1995-00956-01 (18100) Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera la Consejera Ponente Ruth S. Palacio, así lo estableció:

“...Valga señalar que, en materia de responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial, la decisión favorable a los intereses de la parte demandante no puede ser adoptada con la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse quien dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la anti juridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que se surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración y solo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo...”

Ninguna prueba hay en ese sentido, de que el lamentable fallecimiento del nasciturus se deba por la supuesta falta de atención y por no emplear la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** los protocolos estatuidos para este tipo de atenciones, máxime cuando la historia clínica - documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico-, acredita que la paciente fue atendida oportunamente en cada oportunidad que asistió a la ESE y que los galenos le practicaron los paraclínicos y suministraron los medicamentos correspondientes a cada patología que presentaba, teniendo los cuidados pertinentes por su estado de gestación, sin embargo, por causas totalmente ajenas a su voluntad, el nasciturus lamentablemente fallece.

El nexo causal como elemento de la trifecta axiológica en asuntos donde se controvierte una supuesta responsabilidad extracontractual, en este caso médica, siempre tiene que probarse con base en medios suasorios cuya consecución e introducción al proceso resultan en una carga alternativa de la parte actora -que si deja de lado le genera consecuencias adversas- y ni siquiera en aquellos casos en los que se permite evaluar la falla (o culpa) desde un punto de vista de presunciones y objetivamente se releva al interesado de probar los otros elementos, esto es que nunca, bajo ninguna circunstancia puede afirmar un juez ni en este caso la togada actora, que el nexo se puede construir con base en juicios deductivos sin pruebas de hechos fenoménicamente positivos y comprobables sensiblemente a través de la valoración de su prueba.

Lo anterior se acredita con la siguiente correlación probatoria que señala lo siguiente: De acuerdo a la información que reposa en la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico- la señora María Melina Collazos Rivera cursaba su séptimo (7) embarazo y contaba con 41 años situación, que le generaba un alto riesgo de mortalidad fetal e incluso maternal, como se evidencia en la imagen adjunta:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ESE - CENTRO 2 - NIT. 900.146.471-8

HOJA DE EVOLUCIÓN

88 136



Libertad y Orden

Collazos	Rivera	Novia Melina
TER. APELLIDO	2DO. APELLIDO	NOMBRE
41	Copiocon	34475115
EDAD	ENTIDAD	No. HISTORIA

IV. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

1. No. EMBARAZOS	7	4. CESAREAS	0	7. PARTOS PRETERMINOS	1
2. ABORTOS	0	5. NACIDOS MUERTOS	1	8. No. COMPAÑEROS SEXUALES	1
3. EMBARAZOS ECTOPICOS	0	6. HIJOS VIVOS	6	9. FECHA ÚLTIMO PARTO	16/09/15

V. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

Y de acuerdo a la literatura médica una paciente en estado de gestación mayor de 40 años presenta alto riesgo de padecer patologías importantes y mortalidad del feto e incluso de la madre. Así lo refiere la literatura:

*“Durante el primer trimestre de embarazo, **las mujeres mayores de 35 años tienen un aumento del 45% de pérdida de la gestación** –principalmente por abortos espontáneos y gestaciones extrauterinas-. La tasa de gestación extrauterina es de 1,4% a los 21 años, y de 6,9% por encima de los 44.
(...)”*

Durante el segundo y tercer trimestre, hay un aumento en el riesgo de muerte intrauterina; se multiplica por 2 en las mujeres de más de 40 años, y por 4 en las mayores de 45.

Otras complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo en mayor proporción por causa de la edad son la diabetes permanente y gestacional (riesgo multiplicado por 4,5), la hipertensión arterial crónica y la asociada al embarazo (de

3 a 12 veces más), la preeclamsia (3 veces más) y la eclamsia, y los tromboembolismos.

También se incrementa el riesgo de placenta previa, principal causa de hemorragia preparto; el riesgo de una mujer de 40 años es 9 veces el de una mujer de 20 años.

Están incrementados el número de gestaciones múltiples (en parte debido a las técnicas de reproducción asistida), lo que se relaciona con morbilidad materno-fetal. En el caso de gestaciones únicas, un 5,8% de los partos son prematuros; en el caso del embarazo gemelar, nacen antes de la semana 37 el 44,9%.

Se observan más casos de crecimiento intrauterino restringido, y de cromosomopatías (síndrome de Down, de Edwards, de Klinefelter)” (negrilla y subrayado por fuera del texto original⁸). (negrilla y subrayada por fuera del texto original).

De la imagen anterior, nótese que la paciente presentaba antecedentes importantes que agravaban su estado de gestación, que incluso podrían culminar con la muerte del feto. Sin embargo, se advierte que con todas las condiciones que presentaba la paciente y las patologías que presentó, los galenos le suministraron medicamentos que no presentan contraindicación alguna para pacientes en estado de embarazo. De acuerdo a lo señalado en la literatura médica es seguro el suministro de antibióticos como el metronidazol óvulos en 50mg y la cefalexina de 500mg para el tratamiento de vaginosis bacteriana, tal y como se expone a continuación:

“Concluyen que el tratamiento con metronidazol durante el embarazo no presenta ninguna asociación clínica importante con las malformaciones congénitas y por lo mismo puede emplearse sin temor, por parte del médico o de la paciente, gracias a su no comprobada teratogenicidad.”⁹

“Las mujeres embarazadas pueden tomar cefalexina ya que se considera un antibiótico seguro en cualquier etapa del embarazo, sin embargo, solo debe tomarse si lo indica el ginecobstetra”¹⁰

Por lo anterior, la conducta adoptada por los galenos de la institución de la ESE Centro 2 Rosas Cauca se encuentra ajustada a los protocolos de la Lex-Artis, salvaguardando la vida e integridad de la madre gestante y el feto. Por lo que no existe relación de conexidad entre el fallecimiento del menor y la atención brindada en la ESE Centro de Rosas Cauca, toda vez que la muerte se produjo en otra institución médica sobre la cual la ESE no tiene injerencia alguna.

⁸ Clínica Universidad de Navarra - Madre después de los 40 años - Consulta en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/embarazo/madre-despues-40-anos#:~:text=Durante%20el%20segundo%20y%20tercer.en%20las%20mayores%20de%2045>.

⁹ Revista colombiana de obstetricia y ginecología – 2002 - Consulta en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342003000100007#:~:text=Concluyen%20que%20el%20tratamiento%20con,a%20su%20no%20comprobada%20teratogenicidad.

¹⁰ Grupo Rededor – 2008 - Cefalexina en el embarazo: ¿se puede tomar? y ¿es seguro?: consulta en: <https://www.tuasaude.com/es/cefalexina-en-el-embarazo/#:~:text=Las%20mujeres%20embarazadas%20pueden%20tomar,si%20lo%20indica%20el%20ginecobs tetra>.

Por lo anterior, nótese que la causa de muerte del nasciturus se dio en otra institución médica, circunstancia que bajo ningún escenario es atribuible a la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**, por lo tanto, no es cierto lo planteado en la demanda, cuando se refiere que la atención fue negligente, cuando con la historia clínica se acredita lo contrario.

Por lo anterior, los argumentos subjetivos señalados por la parte actora carecen por completo de soporte en guías y protocolos que pudieron poner en entredicho el actuar de la ESE aquí demandada, pues nótese que a la paciente se le dio un manejo médico con criterios de oportunidad, pertinencia y diligencia, en aras de tratar en debida forma los diferentes cuadros clínicos que presentaba y adicionalmente llevar a mejor término su embarazo.

En conclusión, ante la falta de demostración de la acreditación del nexo de causalidad entre el fallecimiento del nasciturus y el actuar de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**, no es factible avizorar algún tipo de responsabilidad a su cargo. Máxime cuando en primer lugar, el reproche que se realiza son hechos que ocurrieron en otra institución médica sobre la cual la ESE nivel 1 de Rosas no tiene injerencia alguna, en segundo lugar, que la institución médica actuó conforme a los lineamientos y protocolos de la Lex-Artis. Es menester indicar que la paciente contaba con 41 años al momento de presentar su séptimo (7) embarazo, por lo que el riesgo de mortalidad del feto según la literatura médica es muy alto en pacientes que superan los 40 años. Y, en tercer lugar, no existe un juicio de imputación por acción u omisión en contra de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**. Por lo tanto, no existe una actuación antijurídica por parte de la E.S.E., que constituya una responsabilidad. Máxime cuando ni siquiera en el escrito de la demanda se realiza un juicio de imputación en contra del Hospital.

En ese contexto, solicito respetuosamente al despacho se sirva declarar probada esta excepción.

B. CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 ROSAS CAUCA DE LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE REGULAN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

La parte actora en el escrito de la demanda no presenta un juicio de imputación en contra de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**, razón por la cual se da a entender que los hechos objetos de reproche se presentaron en una entidad distinta a ésta. Máxime cuando de acuerdo a las notas clínicas señaladas en la historia clínica se evidencia que a la paciente **María Melina Collazos Rivera** se le dio un manejo médico con criterios de oportunidad, pertinencia y diligencia, cumpliendo con los protocolos de la Lex-Artis y mientras consultó al Hospital no presentó síntomas que advirtieran posibles complicaciones con el feto. Es decir, que existe un cumplimiento de las disposiciones legales del sistema de seguridad social en salud por parte del Hospital.

Es importante señalar que los galenos y las instituciones médicas pese a haber tenido una obligación de medio en la atención brindada a la señora María Melina Collazos Rivera, le practicaron los paraclínicos, le suministraron los medicamentos y mientras ello ocurría no se presentó ningún síntoma de alarma. Ahora bien, el reproche que se realiza es por el egreso dado en otra institución médica, por lo tanto, la conducta de los galenos de la **ESE nivel 1** está exenta de toda culpa, siendo imposible atribuir algún tipo de responsabilidad a los galenos de la **Empresa**

Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca quienes garantizaron un servicio médico de calidad, ajustado a los protocolos de la *lex artis* y conforme al compromiso base.

Al respecto, la Corte Constitucional, mediante sentencia T-345 del 14 de junio de 2013, Magistrada Ponente, doctora María victoria Calle Correa, se pronunció indicando:

“3.1. En múltiples ocasiones, diferentes Salas de Revisión de esta Corporación han señalado que los usuarios del Sistema de Salud tienen el derecho constitucional a que se les garantice el acceso efectivo a los servicios médicos necesarios e indispensables para tratar sus enfermedades, recuperar su salud y resguardar su dignidad humana. Esto fue recogido por la sentencia T-760 de 2008 en la regla: toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud”, pues lo que realmente interesa es si de aquel depende la dignidad y la integridad del peticionario y si el servicio ha sido ordenado por el médico tratante.

En esta línea, la Corte ha resaltado que en el Sistema de Salud, quien tiene la competencia para determinar cuándo una persona requiere un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud es, prima facie, el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce de primera mano y de manera detallada la condición de salud del paciente.

3.2. La importancia que le ha otorgado la jurisprudencia al concepto del médico tratante se debe a que éste (i) es un profesional científicamente calificado; (ii) es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud y (iii) es quién actúa en nombre de la entidad que presta el servicio.

En consecuencia, es la persona que cuenta con la información adecuada, precisa y suficiente para determinar la necesidad y la urgencia de un determinado servicio a partir de la valoración de los posibles riesgos y beneficios que este pueda generar y es quién se encuentra facultado para variar o cambiar la prescripción médica en un momento determinado de acuerdo con la evolución en la salud del paciente.

En este orden de ideas, siendo el médico tratante la persona facultada para prescribir y diagnosticar en uno u otro sentido, la actuación del Juez Constitucional debe ir encaminada a impedir la violación de los derechos fundamentales del paciente y a garantizar el cumplimiento efectivo de las garantías constitucionales mínimas, luego el juez no puede valorar un procedimiento médico. Por ello, al carecer del conocimiento científico adecuado para determinar qué tratamiento médico requiere, en una situación dada, un paciente en particular podría, de buena fe pero erróneamente, ordenar tratamientos que son ineficientes respecto de la patología del paciente, o incluso, podría ordenarse alguno que cause perjuicio a la salud de quien busca, por medio de la tutela, recibir atención médica en amparo de sus derechos, tal como podría ocurrir en el caso concreto.

3.3. Por lo tanto, la condición esencial para que el juez constitucional ordene que se suministre un determinado procedimiento médico o en general se reconozcan prestaciones en materia de salud, es que éste haya sido ordenado por el médico tratante, pues lo que se busca es resguardar el principio según el cual, el criterio médico no puede

ser remplazado por el jurídico, y solo los profesionales de la medicina pueden decidir sobre la necesidad y la pertinencia de un tratamiento médico.

Por supuesto, hay casos en los que, con mayor evidencia técnica y científica puede controvertirse la posición del médico tratante. Esto fue recogido por la sentencia T-344 de 2002 al establecer que para que el dictamen del médico pueda ser legítimamente controvertido “la opinión de cualquier otro médico no es suficiente. La base de la decisión negativa con-traria a lo prescrito por el médico que ha tratado al paciente debe ser más sólida, por lo que ha de fundarse, por lo menos en: (1) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad, (2) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento solicitado en el accionante”.

De lo anterior, da cuenta la historia clínica allegada con la demanda, la cual evidencia que desde el momento en que la paciente ingresó a la citada institución, se le brindaron todas las atenciones y servicios en salud por ella requerida, desplegando innumerables esfuerzos encaminados a preservar su vida y la del feto. Lo anterior, coincide en que la paciente nunca presentó síntomas alarmantes o que advirtieron una complicación fetal o de la madre, por lo que la atención siempre estuvo acorde a los procedimientos establecidos en la *Lex-Artis*. Situación anterior que por ningún lado constituye una negligencia o falta de pericia, por el contrario, se demuestra la oportunidad y eficacia con la que los galenos realizaron tal remisión.

En adición de lo anterior, debe resaltarse que la señora **María Melina Collazos Rivera** fue atendida por profesionales médicos idóneos y calificados, quienes brindaron la atención médica asistencial que le correspondía en forma diligente y oportuna. La labor de los profesionales de la salud y del personal administrativo al servicio de la institución asegurada se desarrolló dentro de lineamientos esperados. En este punto debe destacarse que la medicina no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos y diagnósticos difieren en complejidad y escala de dificultades técnicas, los resultados de los procedimientos médicos no podrán ser predecibles. Por lo que el lamentable fallecimiento del nasciturus en otra institución médica obedece a situaciones ajenas al actuar de los galenos de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**.

En conclusión, en un caso como el que nos ocupa, se observa que la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** dio cabal cumplimiento a las obligaciones legales contraídas, pues si bien la obligación médica en general es de medio, ésta exige a los profesionales de la medicina, su ajuste a las normas y protocolos que rigen tal actividad, así pues, es como la citada institución se ha ceñido a lo dispuesto por la normatividad aludida de manera que en la atención brindada al paciente se le practicaron exámenes físicos, paraclínicos y suministro de medicamentos. Lo anterior, se traduce en el cumplimiento de lo citado en este acápite, luego entonces no puede atribuirse ningún tipo de responsabilidad, dado que la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** actuó en cumplimiento de los deberes legales que como tal le asistían.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

C. EN EL EXPEDIENTE NO SE HA ACREDITADO FALLA EN EL SERVICIO ENDILGADA A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 ROSAS CAUCA.

La parte actora, si bien es cierto que no realizó ningún tipo de imputación jurídica en contra de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**, en gracia de discusión y en el evento que el despacho considere que el mismo se realizó a través de la narración consecucional de los hechos. Se manifiesta que equivocadamente se le estaría atribuyendo a la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** una presunta falla en el servicio, toda vez que la paciente cuando consultó a esta institución fue atendida oportunamente, se le practicaron paraclínicos necesarios y se le suministraron medicamentos para atender sus patologías y no presentó complicaciones que advirtieran afectaciones a la salud del feto.

Al respecto, frente a la falla en el servicio el consejo de Estado ha señalado lo siguiente:

“(...) La falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo. El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente ante la ciudadanía, en prestar el servicio; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma diferente a como es lo esperado o lo normal, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan; y la ineficiencia se configura cuando la Administración presta el servicio pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal. Y obviamente se da la omisión o ausencia del mismo cuando la Administración, teniendo el deber legal de prestar ese servicio, no actúa, no lo presta y queda desamparada la ciudadanía. (...)”

En ese sentido y de acuerdo con lo señalado por el Consejo de Estado, **la Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** no desentendió ninguna obligación legal ni reglamentaria. Máxime, cuando no fue la entidad a la cual se le realiza el reproche por los hechos que desencadenaron el lamentable fallecimiento del nasciturus, por lo tanto, al no ser la entidad que le dio la última atención médica, es inocuo atribuirle algún tipo de responsabilidad. De este modo y entendiendo que las pretensiones de la parte actora no se encuentran soportadas y adicionalmente, que no se estableció un juicio de responsabilidad en contra del Hospital asegurado, es factible concluir que no existió omisión y/o falla en el servicio por parte de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**.

Corresponde a la parte activa determinar si en efecto existió la supuesta omisión y/o falla de los demandados, para que pudiera predicarse, consecuentemente, una falla en el servicio prestado por estos. Máxime, cuando la misma no es susceptible de presunción, por lo tanto, es indispensable que el actor lo acredite. En otras palabras, se trata de esclarecer si le asiste razón a la parte actora en determinar si las obligaciones a cargo de aquellas entidades fueron efectivamente quebrantadas. Al respecto, la jurisprudencia¹¹ ha enseñado:

La Sala, de tiempo atrás, ha dicho que la falla del servicio ha sido en nuestro derecho 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

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Radicación 05001-23-31-000-1994-02077-01(19723), 10 de marzo de 2011. C.P. Stella Conto Díaz Del Castillo.

labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla 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.

De este modo, y entendiendo que no existen elementos materiales probatorios que acrediten la supuesta omisión y/o falla en el servicio de la entidad demanda, **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**, las pretensiones señaladas en el escrito de la demanda no tienen vocación de prosperidad. En el caso particular de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**, debe decirse que es claro que no hay pruebas que acrediten una falla en el servicio. Máxime cuando no se realizó un juicio de responsabilidad en su contra.

En conclusión, la falla en el servicio dentro del asunto de la referencia no se encuentra probada, pues no existe la supuesta omisión y/o falla de las entidades demandadas, quebrantándose de esta manera el nexo de causal para obtener la declaratoria de responsabilidad. Máxime, cuando la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** prestó los servicios de salud de manera diligente, oportuna y adecuada cuando la paciente consultaba los servicios de la ESE. En consecuencia, ante la ausencia de los elementos necesarios para la configuración de la falla en el servicio, los hechos deben ser tenidos como no probados y las pretensiones de la demanda necesariamente están llamadas al fracaso.

En ese contexto, solicito respetuosamente al Despacho se sirva declarar probada esta excepción.

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

Coadyuvo las excepciones propuestas por el **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 ROSAS CAUCA** sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada, ni comprometan su responsabilidad.

E. IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS MORALES.

En los hechos ocurridos en el año 2016 no hubo responsabilidad por parte de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** toda vez que los galenos actuaron conforme a los protocolos establecidos en la Lex-Artis y practicaron los paraclínicos, exámenes físicos requeridos y el monitoreo fetal los cuales se encontraban dentro de los rangos normales sin presencia de alteraciones que comprometieran la salud de la madre y el que estaba por nacer. Adicionalmente, el reproche realizado en el escrito de la demanda ocurrió en una institución médica totalmente diferente a la ESE 2 Rosas. En consecuencia, no hay lugar al reconocimiento de los perjuicios morales cuando la ocurrencia del hecho se dio por causas totalmente ajenas a la voluntad de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**.

Ahora bien, debe aclararse que la indemnización no puede ser fuente de enriquecimiento para la presunta víctima y las víctimas de rebote. En otras palabras, es imperativo que el juez tenga en cuenta que los principios generales del derecho, la legislación y los criterios jurisprudenciales, establecen que la víctima de un hecho dañoso no puede enriquecerse como consecuencia de una

indemnización. Por el contrario, la reparación únicamente debe propender por llevar a la persona al estado previo al acontecimiento del hecho. Por lo anterior y sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mí representada, en el evento que el honorable juez considere que sí se reúnen los elementos de la responsabilidad, deberá atender fielmente los criterios jurisprudenciales establecidos por el Consejo de Estado, que corresponden a lo siguiente:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Por lo tanto, al no existir prueba que acredite que la ocurrencia del hecho objeto del presente litigio fue por acción u omisión de las entidades demandadas no habrá lugar al reconocimiento de la indemnización solicitada a título de perjuicios morales.

En conclusión, es inviable el reconocimiento por daño moral en las sumas pretendidas por la parte demandante, por cuanto no se encuentra probada la responsabilidad administrativa que se pretende atribuir en cabeza de las autoridades demandadas. Máxime cuando la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** actuó conforme a los protocolos establecidos en la Lex-Artis.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

F. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito señor Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de la prescripción del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el Art. 282 del Código General del Proceso que establece: *“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda”*.

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la sentencia que defina el mérito.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO IV. FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 ROSAS CAUCA

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “1.1.-”: Es cierto, solo en cuanto a que, entre la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** y la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** celebraron el contrato de seguro de Responsabilidad Civil documentado en la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014, prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017, con el objeto de amparar entre otros, la responsabilidad civil médica de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “1.2.-”: Es cierto que los hechos objeto del presente litigio ocurrieron el 14 de agosto de 2015 con el fallecimiento del nasciturus de la señora **María Melina Collazos Rivera**. Sin embargo, lo aquí manifestado no tiene injerencia alguna con el fundamento del llamamiento en garantía con el que se vinculó a mi prohijada.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “1.3.-”: No es cierto como esta planteado. La mera existencia de la póliza y que los hechos eventualmente ocurran dentro de la vigencia de la póliza no genera un derecho legal y contractual de exigir el pago de indemnización alguna, toda vez que deben existir unas condiciones particulares y generales pactadas por las partes para solicitar la afectación de la póliza.

Debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida. Y, hasta la fecha, no existen elementos fácticos ni jurídicos que determinen la responsabilidad del asegurado.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Frente a la pretensión única del llamamiento en garantía: En esta pretensión se realizan varias peticiones, frente a las cuales procedo a pronunciarme de la siguiente manera:

- Esta petición ya fue resuelta por el despacho mediante auto interlocutorio No. 500 del 11 de marzo de 2020 el cual decidió aceptar el llamamiento en garantía formulado por la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**.
- Me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-**

994000000004 con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017. Lo anterior, teniendo en cuenta que la mera existencia de la póliza y que los hechos eventualmente ocurran dentro de la vigencia de la póliza no genera un derecho legal y contractual de exigir pago de indemnización alguna, toda vez que deben coexistir y materializarse unas condiciones particulares y generales pactadas por las partes para solicitar la afectación de la póliza.

Así mismo, respetuosamente solicito al despacho que en el improbable evento en que se profiera fallo en contra del asegurado, **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** y consecuentemente a mi prohijada, se aplique el deducible pactado en la póliza que eventualmente ofrecería cobertura, esta es, la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A. INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Es evidente e imprescindible indicar desde ya al despacho que el llamamiento en garantía que se contesta es ineficaz. Mediante auto interlocutorio No. 500 del 11 de marzo de 2020, el Juzgado Séptimo (7°) Administrativo del Circuito de Popayán admitió el llamamiento en garantía formulado por la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** a la compañía y solo se surtió la notificación de este a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** hasta el 27 de junio de 2024, es decir cuatro (4) años y cuatro (4) meses por fuera del término contemplado en la Ley, por lo tanto, el llamamiento deberá ser declarado ineficaz y en consecuencia **se ordene la desvinculación de mi procurada de este proceso.**

Al respecto, téngase en cuenta que en Colombia existe el principio de economía procesal, el cual consiste básicamente en conseguir el mayor resultado con el mínimo de actividad de la administración de justicia. En consecuencia, la implementación de este principio busca la celeridad en la solución de los litigios, es decir, que se imparta de manera cumplida y oportuna la justicia.

Ahora bien, en virtud del principio de economía procesal, el legislador en el artículo 66 de la Ley 1564 de 2012 dispuso lo siguiente con respecto al trámite del llamamiento en garantía:

***“ARTÍCULO 66. TRÁMITE.** Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial **Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz.** La misma regla se aplicará en el caso contemplado en el inciso segundo del artículo anterior”.*

En consecuencia, el Código General del Proceso estableció en el artículo 66 que a partir del auto que admite el llamamiento en garantía, la notificación deberá tramitarse dentro de los seis (6) meses siguientes, so pena de declararse ineficaz. Lo anterior, por cuanto no es dable que un proceso se encuentre inactivo indefinidamente, hasta que la parte que tenga la carga procesal decida realizar la respectiva notificación. Toda vez que aquella dilación estaría en contra del

principio de economía procesal. En tal sentido y respecto de la ineficacia del llamamiento en garantía, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Quinta, consejero ponente: Carlos Enrique Moreno Rubio, mediante providencia del once (11) de junio de 2020 señaló:

“[D]ebe concluirse que al margen de si fue el juzgado el que asumió la obligación de practicar la notificación personal, o si esa carga se impuso a la parte interesada, en uno u otro caso habrá lugar a tener por ineficaz el llamamiento en garantía si el mismo no se notifica dentro de los seis meses siguientes a la ejecutoria del auto que lo admitió. (...) Una interpretación en contrario llevaría a afirmar que las autoridades judiciales no están obligadas al cumplimiento de los términos perentorios propios de las normas de orden público, mientras que tal exigencia se aplica de manera implacable a los sujetos procesales interesados en el llamamiento en garantía”¹² (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De igual forma, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, consejero ponente: Roberto Augusto Serrato Valdés mediante providencia del veintiocho (28) de agosto de 2020, señaló:

“[L]a Sala considera que la consecuencia jurídica prevista en la norma para aquellos eventos en que no se efectúa la notificación personal de la providencia que admite el llamamiento en garantía en la oportunidad procesal allí consagrada, no es otra que su completa ineficacia, y tal consecuencia opera sin que tenga relevancia que el deber de notificar la decisión esté a cargo de la autoridad judicial que conoce del proceso o de la parte interesada en que la misma se efectúe. (...) Como sustento de la anterior conclusión, resulta imperativo recordar que las normas procesales (como en este caso lo es el artículo 66 del CGP), se caracterizan por ser postulados de orden público de obligatorio e ineludible incumplimiento, y, con base en dicha premisa, se explica su carácter irrenunciable e innegociable tanto por las partes en contienda como por el operador judicial quien, en todo momento, debe estar sujeto y conminado a su inexcusable y forzosa observancia”¹³ (Subrayado y negrilla fuera de texto).

En este caso concreto, el Juzgado en un rol responsable profirió el auto de 05 de febrero de 2020, notificado por estados electrónicos el 06 de febrero del mismo año mediante el cual admitió el llamamiento en garantía sin embargo la parte interesada **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** no adelantó ninguna gestión tendiente a notificar el auto admisorio antes del vencimiento del término señalado en el Código General del Proceso, pues la notificación a mi prohijada se realizó cuatro (4) años y cuatro (4) meses como se evidencia del correo de notificación:

¹² Consejo de Estado. Sala de lo contencioso administrativo. Sección Quinta. C.P. Carlos Enrique Moreno. Expediente 202001550.

¹³ Providencia del 28 de agosto de 2020 del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, consejero ponente Roberto Augusto Serrato Valdés, Radicación 2020-1550, actor: Tony del Cristo Guerra Brun y Otro y Demandado: Tribunal Administrativo de Córdoba – Sala Segunda de Decisión.

De: Juzgado 07 Administrativo - Cauca - Popayán <j07admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: jueves, 27 de junio de 2024 8:00

Para: Maria Alejandra Paz Restrepo <mapaz@procuraduria.gov.co>; Orfeo <agencia@defensajudicial.gov.co>; notificaciones judiciales <notificacionesjudiciales@defensajudicial.gov.co>; fercho1048@hotmail.com <fercho1048@hotmail.com>; juridica@hospitalsan jose.gov.co <juridica@hospitalsan jose.gov.co>; jana181@hotmail.com <jana181@hotmail.com>; esecentro2@esecentro.gov.co <esecentro2@esecentro.gov.co>; juridicoexternocentro2@gmail.com <juridicoexternocentro2@gmail.com>; ventanilla.unica@centro2.gov.co <ventanilla.unica@centro2.gov.co>; jefe.administrativo@centro2.gov.co <jefe.administrativo@centro2.gov.co>; gerenciaesecentro2@hotmail.com <gerenciaesecentro2@hotmail.com>; asesorjuridicoesecentro2@hotmail.com <asesorjuridicoesecentro2@hotmail.com>; alejandro.ceron <alejoceron2@gmail.com>; nhurtadoa@gmail.com <nhurtadoa@gmail.com>; grupo3abogados@cosmitet.net <grupo3abogados@cosmitet.net>; notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co <notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co>; Procesos Judiciales <procesosjudiciales@parcaprecom.com.co>; EDGAR ALBERTO MOSQUERA FRANCO <edmfra@hotmail.com>; Fredy Osorio Solano <fosorios@parcaprecom.com.co>; distiraempresarialsas <distiraempresarialsas@gmail.com>; Camilo Andres Prieto Jaimes <prietojaimesabg@gmail.com>; Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>; Nicol Dahian Bulla Avendaño <nbulla@gha.com.co>; notificacionesjudiciales@previsora.gov.co <NOTIFICACIONESJUDICIALES@PREVISORA.GOV.CO>; notjudicial@fiduprevisora.com.co <notjudicial@fiduprevisora.com.co>; camila murcia <tributaria@previsora.gov.co>; notificaciones@solidaria.com.co <notificaciones@solidaria.com.co>; johanabedoyar@gmail.com <johanabedoyar@gmail.com>

Asunto: NOTIFICACIÓN PERSONAL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA Y ESTADO N° 079 DE 27 DE JUN DE 2024 – PROCESO 2018-048

DENTRO DEL PROCESO DE LA REFERENCIA, EN LA FECHA SE NOTIFICA PERSONALMENTE LA PROVIDENCIA QUE ADMITE LLAMAMIENTO EN GARANTIA, ASI MISMO SE ENVIA EL LINK DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO, Y SE DEJA CONSTANCIA DE LA COMUNICACIÓN DEL MENSAJE DE DATOS CONFORME AL ARTÍCULO 201 DEL CPACA, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 2080 DE 25 DE ENERO DE 2021, DEL ESTADO N° 079 DE 27 DE JUN DE 2024.

LINK EXPEDIENTE: [19001333300720180004800](#)

ACCESO HASTA EL 23 JUL 2024

Atentamente,

ELCY LEONOR COLLAZOS BURBANO

Secretaria del Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito de Popayán

En ese sentido, resulta clara la ineficacia del llamamiento en garantía por el cual se vincula a mi representada la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** en el presente proceso, toda vez que como lo ha dicho la jurisprudencia precitada, al margen de que la carga reposara en cabeza del juzgado o de la parte interesada, en cualquier caso, el llamamiento resulta ineficaz por cuanto no se notificó dentro de los seis meses siguientes a la ejecutoria de lo admitió. De tal suerte que no existe duda sobre la ineficacia del llamamiento, razón por la cual debe el Despacho proceder a declarar probada y exonerar así de toda responsabilidad a mi representada.

En virtud de lo anterior, la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** no puede verse afectada, por cuanto el presente llamamiento en garantía es ineficaz. Para tal efecto, debe tenerse en cuenta lo indicado en líneas precedentes respecto a que la notificación del auto que admite el llamamiento en garantía se efectuó hasta el 27 de junio de 2024. En consecuencia y en virtud de lo señalado por el artículo 66 del Código General del Proceso, se contaba con el término de seis (6) meses para realizar la respectiva notificación, plazo que feneció en diciembre del 2020, teniendo en cuenta que el auto admisorio del llamamiento se notificó por estados el día 12 de marzo de 2020 y la suspensión de términos del 16 de marzo de 202 al 30 de junio de 2020 por la situación de emergencia sanitaria.

En consecuencia, teniendo en cuenta que la notificación personal del auto admisorio del llamamiento en garantía proferido el 11 de marzo de 2020, notificado por estados electrónicos 12 de marzo del mismo año y solo se surtió la notificación de este a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** hasta el 27 de junio de 2024, es decir fuera del término contemplado en la Ley, el llamamiento deberá ser declarado ineficaz, siendo necesario por tanto que se desvincule a mi procurada de este proceso.

B. INEXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 435-88-994000000004.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004**. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, luego que para justificar sus pretensiones el actor no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales e inmateriales sufridos. Máxime cuando los hechos que se reprochan no ocurrieron en la institución médica asegurada.

En este orden de ideas, en concordancia con todo lo referenciado a lo largo del presente escrito, se propone esta excepción toda vez que la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** no está obligada a responder, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas y aceptadas por las partes en el contrato de seguro. Así entonces, es necesario señalar que, al tenor de las condiciones generales documentadas la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** el amparo que se pretende afectar con la presente acción se pactó así:

OBJETO DEL SEGURO

Mantener indemne al Asegurado por cuanto deba pagar a un Tercero, o a sus derecho-habientes, en razón de la Responsabilidad Civil incurrida de acuerdo a la legislación vigente, por los perjuicios materiales por responsabilidad civil profesional médica imputable a los médicos, enfermeras y personal paramédico, vinculados al Centro 2 E. S. E. mediante relación laboral o con autorización expresa del asegurado. Ocurrida durante el período de vigencia de la póliza y cuyo reclamo se formule por primera vez contra el Asegurado o su Asegurador durante el mismo período de vigencia del seguro.

De conformidad con lo anterior, se evidencia que el riesgo asegurado en el contrato de seguros en comento no es otro que la “Responsabilidad Civil Médica” en que incurra la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** asegurado de acuerdo con la legislación colombiana. Dicho de otro modo, el contrato de seguro documentado en la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017 entrará a responder, si y solo sí, el asegurado, en este caso de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** es declarado patrimonialmente responsable por los daños irrogados a “terceros” y siempre y cuando no se presente una causal de exclusión u otra circunstancia que enerve los efectos jurídicos del contrato de seguro. Así las cosas, esa declaratoria de responsabilidad civil extracontractual constituirá el “*sinistro*”, esto es, la realización del riesgo asegurado (Art. 1072 del C.Co.).

De acuerdo con la exposición anterior y teniendo en cuenta lo descrito en el libelo de demanda, así como los medios probatorios aportados al plenario, se tiene que en primer lugar, la póliza vinculada no ofrece cobertura material toda vez que el reproche realizado en el escrito de la demanda no ocurrió en las instalaciones del hospital asegurado sino en una institución médica diferente, y, en segundo lugar, el demandante no acreditó que efectivamente el riesgo asegurado se haya materializado por el concurso de los elementos propios de la responsabilidad y, por consiguiente, las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar. En consecuencia, no se logra estructurar una responsabilidad civil en cabeza del asegurado, esto es, no se realiza el riesgo asegurado como condición *sine qua non* para activar la responsabilidad que, eventual e hipotéticamente, pudiera corresponder a la aseguradora.

Se concluye, que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil, claramente no se ha realizado el riesgo asegurado por la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017 que sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada. En tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la Aseguradora.

Solicito señor Juez declarar probada esta excepción.

C. LAS EXCLUSIONES DE AMPARO CONCERTADAS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 435-88-994000000004.

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del contrato de seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”¹⁴

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. Razón por la cual, es menester señalar que la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017, en su página 6 y siguientes señalan una serie de exclusiones, las cuales solicito aplicar expresamente al caso concreto.

De acuerdo a los hechos objeto del presente litigio se debe informar desde ya que en el evento que se llegue a acreditar que la ocurrencia del mismo se dio por:

“(…)

" Lucro cesante, daño moral, perjuicios fisiológicos o de vida de relación y la responsabilidad civil extracontractual.

(…)

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

¹⁴ Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

No podrá operar la cobertura material de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017.

Por otro lado, si bien la Circular Básica Jurídica establece que las exclusiones deben constar en la primera página de la póliza y en caracteres destacados, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia de unificación No. SC328 del 21 de septiembre de 2023 ha aclarado que lo necesario es que deban empezar en la primera página de la póliza, más no de su carátula, y en caracteres destacados para que tengan eficacia. Criterios que se cumplen dentro del proceso, pues las exclusiones se encuentran desde la primera página del condicionado en caracteres destacados de forma ininterrumpida.

Lo anterior, en estricto cumplimiento del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero:

Artículo 184. Régimen de pólizas y tarifas.

(...)

2. Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

- a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;*
- b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y*
- c. **Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza. (negrilla y subrayado por fuera del texto original).***

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia-Sala de Casación Civil mediante la sentencia de unificación No. **SC328 del 21 de septiembre de 2023**, señaló que:

Ahora bien, con el propósito de aquilatar la hermenéutica de la norma en cuestión, debe recordarse que, conforme lo establece el artículo 1046 del Código de Comercio, se denomina póliza al documento que recoge el contrato de seguro. Esta póliza en sentido amplio contiene, como se ha visto, (i) la carátula, en la que se consignan las Por lo que tal, condiciones particulares del artículo 1047 ibídem y las advertencias de mora establecidas en los cánones 1068 y 1152 del mismo Código; (ii) el clausulado del contrato, que corresponde a las condiciones negociales generales o clausulado general; y (iii) los anexos, en los términos del artículo 1048 ejusdem.

En ese sentido, se insiste en que el ordenamiento mercantil diferencia con claridad la carátula de la póliza de la póliza misma, y que, dada esa distinción, no cabe sostener que la regla del precepto 184 del ESOF debe cumplirse incluyendo los amparos básicos y las exclusiones, «en caracteres destacados» en la referida carátula.

*Cuando la norma en cita alude a «la primera página de la póliza» debe entenderse que se refiere a lo que esa expresión significa textualmente, es decir, al folio inicial del clausulado general de cada seguro contratado, pues es **a partir de allí** donde debe quedar registrado, con la claridad, transparencia y visibilidad del caso, uno de los insumos más relevantes*

para que el tomador se adhiera, de manera informada y reflexiva, a las condiciones negociales predispuestas por su contraparte: la delimitación del riesgo asegurado.

Conforme a lo anterior, las exclusiones son eficaces siempre que consten en caracteres destacados y comiencen a partir de la primera página de las condiciones generales de la póliza, tal y como lo reconoció la Corte Suprema de Justicia; exigencia que se cumple en el caso de marras, toda vez que las exclusiones fueron estipuladas a partir de la primera página de las condiciones generales de la póliza.

Sobre la ubicación de las exclusiones pactadas en el instrumento asegurativo, en la Circular Básica Jurídica 029 de 2014, de la referida entidad, se reafirmó la postura realizando una regulación de la emisión de las pólizas y del contenido que estas debían tener, así:

“1.2.1. Requisitos generales de las pólizas de seguros:

Para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el [numeral 2 del art. 184](#) del [EOSF](#) las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de forma que sean claramente legibles y que los tomadores y asegurados puedan comprender e identificar las definiciones de los riesgos amparados y las obligaciones emanadas del negocio celebrado. Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información:

1.2.1.1. En la carátula:

1.2.1.1.1. Las condiciones particulares previstas en el art. 1047 del C.Co.

1.2.1.1.2. En caracteres destacados o resaltados, es decir, que se distingan del resto del texto de la impresión, el contenido del inciso 1º del art. 1068 del C.Co. Para el caso de los seguros de vida, el contenido del art. 1152 del mismo ordenamiento legal.

1.2.1.2. A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones)

Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza. Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y, en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral”. (Negrilla fuera de texto).

En ese sentido, la regulación de la Superintendencia Financiera de Colombia, es completamente clara, pues indica que los amparos y exclusiones deben consignarse a partir de la primera página de la póliza, esto es, no de forma restrictiva en la carátula de la misma, puesto que, por razones prácticas, por imposibilidad física, y por las indicaciones legales referidas, no es viable que confluyan en esta misma página del contrato de seguro. De hecho, la misma Superfinanciera a través de su Dirección Legal dio respuesta a consulta formulada por el Representante Legal de Liberty Seguros el pasado 04 de febrero de 2020 (Superintendencia Financiera de Colombia, Radicación No. 2019153273-007-000, trámite: Consultas específicas, remitente: 334000 – DIRECCIÓN LEGAL DE SEGUROS, firmado por Luz Elvira Moreno Dueñas, Director Legal de Seguros), conceptuando lo siguiente:

“Bajo esta línea de interpretación, debe entenderse que en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible

incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tanto los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza, como lo precisa la instrucción de este Supervisor”.

Es preciso enfatizar que la Superintendencia Financiera de Colombia, es un organismo técnico adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que tiene por objeto supervisar el sistema financiero colombiano con el fin de preservar su estabilidad, seguridad y confianza, así como, promover, organizar y desarrollar el mercado de valores colombiano y la protección de los inversionistas, ahorradores y asegurados.

Conforme a lo anterior, y a su clara condición de organismo estatal regulador de la actividad financiera y aseguradora, que por tanto ejerce la supervisión de manera idónea, es que el Decreto 2739 de 1991, en su artículo 3.3, estableció como una de sus funciones, la siguiente:

“Emitir las órdenes necesarias para que las entidades sujetas a la inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia suspendan de inmediato las prácticas ilegales, no autorizadas o inseguras, y para que se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento”.

De acuerdo entonces a la función pública que realiza esta entidad es claro que sus conceptos y las circulares que expide tienen un fin orientador, claramente de carácter vinculante, no siendo coherente que expida una circular que vaya en desmedro de los intereses de los asegurados, tomadores o beneficiarios en el contrato de seguro.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones arriba señaladas o las que constan en las condiciones generales y particulares de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

Solicito señor juez declarar probada esta excepción.

D. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de

Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

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

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente: **“Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”** (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de perjuicios morales no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte de la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca**, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte del hospital que nada tuvo que ver con el lamentable fallecimiento del nasciturus.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias y que la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogada en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017, no ofrece cobertura por los argumentos antes esbozados, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la misma, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciéndola.

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

Solicito señor Juez declarar probada esta excepción.

E. LÍMITES Y SUBLÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES PACTADOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 435-88-994000000004.

En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de que pueda llegar a surgir obligación de indemnizar a cargo de la aseguradora, únicamente con ánimo ilustrativo debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. En el caso en concreto se estableció un límite de **QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$500.000.000) como máximo, los cuales se encuentran sujetos a la disponibilidad de la suma asegurada.** La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

De acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004**, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	500,000,000.00	0.00

Conforme a lo señalado anteriormente, en este caso en particular, operaría la suma asegurada equivalente a **QUINIENTOS MILLONES DE PESOS (\$500.000.000.** En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción denominada “Límites y sublímites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004**” con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017, los cuales enmarcan las obligaciones de las partes, planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

F. EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 435-88-994000000004 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE.

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de que pueda llegar a surgir obligación de indemnizar a cargo de la aseguradora, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible

corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** y, en este caso para la póliza, se pactó en el de **10% del valor de la pérdida como mínimo \$20.000.000.**

El deducible, el cual está legalmente permitido, luego que se encuentra consagrado en el artículo 1103 del Código de Comercio reza que: “(...) *Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)*”

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro. Así entonces, de acuerdo con el contenido de la póliza, se pactó un deducible de la siguiente manera:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado. Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo con lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

En conclusión, si en la causa bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca** tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible. Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el hipotético de que el Hospital sea hallado patrimonialmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas al proceso. Lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito es altamente improbable, como quiera que, en el asunto de marras, no existe responsabilidad frente a la **Empresa Social del Estado Centro 2 Rosas Cauca.**

Por lo expuesto, solicito respetuosamente al Juez, declarar probada esta excepción.

G. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una

condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prohilada.

Solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada esta excepci3n.

H. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 ROSAS CAUCA.

Esta excepci3n se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la Ley o la convenci3n la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada est3 contenida en el contrato de seguro y en 3l no est3 convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento est3n determinadas por el l3mite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligaci3n indemnizatoria est3 estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al l3mite asegurado, con sujeci3n a las condiciones de cada p3liza; en virtud de ello, es v3lido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposici3n previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligaci3n de hacer efectiva la p3liza de responsabilidad civil extracontractual vinculada en esta contienda, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado y se tiene que esta no se afectar3a como resultado de la configuraci3n de una causal de exclusi3n de responsabilidad indemnizatoria taxativamente determinada en la caratula de las mismas.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepci3n.

I. PAGO POR REEMBOLSO

Sin que el planteamiento de esta excepci3n constituya aceptaci3n de responsabilidad alguna por parte de mi representada, se solicita al honorable juez que, en el remot3simo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegarse a establecer que ha surgido alguna obligaci3n resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligaci3n de mi representada deber3 imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, qued3ndole la opci3n de realizar el pago directo de la hipot3tica condena.

As3 las cosas, se solicita que en el remoto caso de condena la misma no sea a trav3s de pago directo, **sino por reembolso o reintegro.**

J. GEN3RICA O INNOMINADA

Solicito se3or Juez declarar cualquier otra excepci3n que resulte probada en el decurso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convoc3 a mi representada, incluida la de prescripci3n del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el art 282 del C3digo General del Proceso que establece: *“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle*

probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda”.

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse y declararse de manera oficiosa en la respectiva sentencia que defina el mérito del asunto.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO V. OPOSICIÓN Y PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS PARTE ACTORA

A. INTERVENCIÓN EN LAS PRUEBAS DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS:

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas en la demanda y contestación de la demanda.

CAPÍTULO VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

• DOCUMENTALES

1. Poder especial que me faculta para actuar como apoderado especial de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**
2. Certificado de existencia y representación legal de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**
3. Copia de la carátula, el condicionado particular y general de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y centros Médicos No. 435-88-994000000004** con vigencia del 30 de diciembre de 2013 al 31 de diciembre de 2014 prorrogado en los certificados 1, 2 y 3 hasta el 31 de diciembre de 2017.

• INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a la demandante, la señora **MARÍA MELINA COLLAZOS RIVERA** para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda.

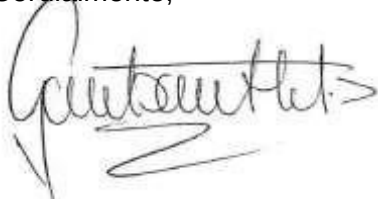
- TESTIMONIALES

Respetuosamente, solicito a este Despacho decretar el testimonio del Doctor **NICOLÁS LOAIZA SEGURA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.107.101.497 de Cali, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad Cali, asesor externo de la compañía de seguros que represento, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** quien podrá citarse al correo electrónico nicolas.1719@hotmail.com con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, y en especial para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de las pólizas expedidas por mi prohiada y vinculadas en este proceso.

CAPÍTULO VII. NOTIFICACIONES

A mi procurada y el suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 (Centro Empresarial Chipichape) de la ciudad de Cali (V); correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4350550093

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000004 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
26 12 2013

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
30 12 2013 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2014 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
08 07 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
30 12 2013 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2014 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO HORAS
366

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

CIUDAD: **ROSAS, CAUCA**

TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

CIUDAD: **ROSAS, CAUCA**

TELÉFONO: **6028254114**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		500,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20,000,000.00 \$ 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

OBJETO DEL SEGURO

Mantener indemne al Asegurado por cuanto deba pagar a un Tercero, o a sus derecho-habientes, en razón de la Responsabilidad Civil incurrida de acuerdo a la legislación vigente, por los perjuicios materiales por responsabilidad civil profesional médica imputable a los médicos, enfermeras y personal paramédico, vinculados al Centro 2 E. S. E. mediante relación laboral o con autorización expresa del asegurado. Ocurred durante el periodo de vigencia de la póliza y cuyo reclamo se formule por primera vez contra el Asegurado o su Asegurador durante el mismo periodo de vigencia del seguro.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****10,500,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****1,682,400	TOTAL A PAGAR: \$ *****12,197,400
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
JORGE ENRIQUE BRAVO	4489	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)00000000007000435055009

FIRMA TOMADOR

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

JODUQUE 0

CADB25780A0AFC7E56

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:

<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

MODALIDAD DE LA PÓLIZA

Responsabilidad Civil Profesional Médica, cubriendo las actividades del asegurado como propietario y/u operador de la institución médica, según texto registrado por Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda.

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

Se entiende por "claims made": Cubre las indemnizaciones que el asegurado debe 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

FECHA DE RETROACTIVIDAD

La retroactividad será al inicio de la vigencia de la cobertura, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando no se Tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

RIESGO CUBIERTO

Responsabilidad civil institucional:

Transporte en ambulancia

Responsabilidad civil del director médico:

Uso de equipos de diagnostico o de terapéutica:

Suministro de medicamentos

Gastos de defensa hasta el 20% del valor Asegurado 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.

LÍMITE ASEGURADO

Básico Límite único y combinado. Col, \$ 500.000.000. Por Evento / Agregado Anual

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:

20% del límite de indemnización por evento / agregado anual.

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 Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

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.

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: 15% del valor de la reclamación toda y cada perdida, con un mínimo de Col \$ 20.000.000.

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

El Deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada por o contra el Asegurado, así como a los Gastos de Defensa que se generen, 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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.
- " Dolo o culpa grave del tomador, asegurado o beneficiario.
- " Ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica.
- " Cirugía plástica o estética, excepto en caso de cirugía reconstructiva derivada de un accidente o de anomalías congénitas.
- " Tratamientos, terapias o indicación y administración de medicamentos no reconocidos, no aceptados o no aprobados por la ciencia médica, las normas legales y/o entidades que regulen la materia.
- " Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para impedir o provocar la procreación.
- " Infección con virus tipo HIV (sida), htlv iii, lav, cjd, hepatitis o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes; virus o complejo viral ACR o síndrome que esté relacionado con cualquiera de los anteriores.
- " Violación del secreto profesional.
- " 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo, excepto cuando exista autorización judicial.

" Enfermedades o malformaciones genéticas en el caso que se determine que ellas han sido causadas directamente por una manipulación genética imputable a la institución asegurada.

" Contaminación causada directamente por: radiación iónica o contaminación radioactiva de cualquier combustible o desecho nuclear; tóxico, 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.

" Deficiencia de los equipos médicos; uso de equipos médicos no reconocidos por la ciencia médica.

" Transmutaciones nucleares cuando no deriven del uso terapéutico de la energía nuclear.

" Toda infección o contaminación con sangre o derivados de sangre y/o en conexión con un banco de sangre, salvo que el acto se haya realizado por un procedimiento dentro del departamento de hemoterapia e inmunohematología y/o medicina transfusional del asegurado y cumpla con las normas vigentes que regulen la materia, con previo consentimiento escrito, sin perjuicio de la exclusión 2.6 de la condición 2 de la póliza.

" Contagio de una enfermedad salvo que se transmita como consecuencia directa de la practica medica. Transmisión de una enfermedad o contaminación por materiales provenientes parcial o totalmente del cuerpo humano, tales como tejidos, células, órganos de trasplante, etc.

" Lucro cesante, daño moral, perjuicios fisiológicos o de vida de relación y la responsabilidad civil extracontractual.

" Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.

" Responsabilidad civil por productos farmacéuticos, responsabilidad civil del fabricante de productos farmacéuticos.

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

" Actos médicos indirectos, ni los denominados extracorpóreos, tales como investigación, experimentación, autopsia, etc.

" 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.

" Hurto simple y hurto calificado.

" 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 radiactivas.

" 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

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; para procesos penales, el pago opera por reembolso, siempre que haya preclusión de la investigación o fallo que declare la inocencia del involucrado.
- 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 para 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA COD. AGENCIA: 435 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

" 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

" La presente póliza opera baja el clausulado general Nro. 10112010-1502-75-RC-36 El cual se adjunta.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4350550093

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000004 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
01 01 2015

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2014 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2015 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
08 07 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2014 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2015 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2015 23:59

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

CIUDAD: **ROSAS, CAUCA**

TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

CIUDAD: **ROSAS, CAUCA**

TELÉFONO: **6028254114**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		500,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20,000,000.00 \$ 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

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA LA RENOVACION DE LA MISMA EN TODAS SUS PARTES, VIGENCIA 31/12/2014 AL 31/12/2015- AUTORIZO GERENCIA SEGUROS GENERALES SEÑOR HECTOR RUBIO E MAIL DEL 30 DICIEMBRE DE 2.014 A LAS 17:29

OBJETO DEL SEGURO

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****10,500,000	GASTOS EXPEDICION: \$***15,000.00	IVA: \$ ****1,682,400	TOTAL A PAGAR: \$ *****12,197,400
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

NOMBRE **ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ** CLAVE **5932** %PART **100.00**

COASEGURO CEDIDO

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)00000000007000435055009

FIRMA TOMADOR

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

FMANQUILLO 0

CADB2578090AFA7A5C

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:

<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Mantener indemne al Asegurado por cuanto deba pagar a un Tercero, o a sus derecho-habientes, en razón de la Responsabilidad Civil incurrida de acuerdo a la legislación vigente, por los perjuicios materiales por responsabilidad civil profesional médica imputable a los médicos, enfermeras y personal paramédico, vinculados al Centro 2 E. S. E. mediante relación laboral o con autorización expresa del asegurado. Ocurrida durante el periodo de vigencia de la póliza y cuyo reclamo se formule por primera vez contra el Asegurado o su Asegurador durante el mismo periodo de vigencia del seguro.

MODALIDAD DE LA PÓLIZA

Responsabilidad Civil Profesional Médica, cubriendo las actividades del asegurado como propietario y/u operador de la institución médica, según texto registrado por Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda.

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

Se entiende por "claims made": Cubre las indemnizaciones que el asegurado debe 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

FECHA DE RETROACTIVIDAD

La retroactividad será al inicio de la vigencia de la cobertura, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando no se Tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

RIESGO CUBIERTO

Responsabilidad civil institucional:

Transporte en ambulancia

Responsabilidad civil del director médico:

Uso de equipos de diagnostico o de terapéutica:

Suministro de medicamentos

Gastos de defensa hasta el 20% del valor Asegurado 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.

LÍMITE ASEGURADO

Básico Límite único y combinado. Col, \$ 500.000.000. Por Evento / Agregado Anual

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:

20% del límite de indemnización por evento / agregado anual.

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 Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

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.

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

LÍMITE 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: 15% del valor de la reclamación toda y cada perdida, con un mínimo de Col \$ 20.000.000.

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

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

CONDICIONES PARTICULARES

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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 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 Productos, propia e inherente a los fabricantes de los mismos.
- " Dolo o culpa grave del tomador, asegurado o beneficiario.
- " Ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica.
- " Cirugía plástica o estética, excepto en caso de cirugía reconstructiva derivada de un accidente o de anomalías congénitas.
- " Tratamientos, terapias o indicación y administración de medicamentos no reconocidos, no aceptados o no aprobados por la ciencia médica, las normas legales y/o entidades que regulen la materia.
- " Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para impedir o provocar la procreación.
- " Infección con virus tipo HIV (sida), htlv iii, lav, cjd, hepatitis o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes; virus o complejo viral ACR o síndrome que esté relacionado con cualquiera de los anteriores.
- " Violación del secreto profesional.
- " 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo, excepto cuando exista autorización judicial.

" Enfermedades o malformaciones genéticas en el caso que se determine que ellas han sido causadas directamente por una manipulación genética imputable a la institución asegurada.

" Contaminación causada directamente por: radiación iónica o contaminación radioactiva de cualquier combustible o desecho nuclear; tóxico, 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.

" Deficiencia de los equipos médicos; uso de equipos médicos no reconocidos por la ciencia médica.

" Transmutaciones nucleares cuando no deriven del uso terapéutico de la energía nuclear.

" Toda infección o contaminación con sangre o derivados de sangre y/o en conexión con un banco de sangre, salvo que el acto se haya realizado por un procedimiento dentro del departamento de hemoterapia e inmunohematología y/o medicina transfusional del asegurado y cumpla con las normas vigentes que regulen la materia, con previo consentimiento escrito, sin perjuicio de la exclusión 2.6 de la condición 2 de la póliza.

" Contagio de una enfermedad salvo que se transmita como consecuencia directa de la practica medica. Transmisión de una enfermedad o contaminación por materiales provenientes parcial o totalmente del cuerpo humano, tales como tejidos, células, órganos de trasplante, etc.

" Lucro cesante, daño moral, perjuicios fisiológicos o de vida de relación y la responsabilidad civil extracontractual.

" Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.

" Responsabilidad civil por productos farmacéuticos, responsabilidad civil del fabricante de productos farmacéuticos.

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

" Actos médicos indirectos, ni los denominados extracorpóreos, tales como investigación, experimentación, autopsia, etc.

" 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.

" Hurto simple y hurto calificado.

" 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 radiactivas.

" 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

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; para procesos penales, el pago opera por reembolso, siempre que haya preclusión de la investigación o fallo que declare la inocencia del involucrado.
- 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 para 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGENCIA: **435** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

" 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

" La presente póliza opera bajo el clausulado general Nro. 10112010-1502-75-RC-36 El cual se adjunta.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

4350550093

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000004 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
01 01 2016

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2015 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2016 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
08 07 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2015 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2016 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

CIUDAD: **ROSAS, CAUCA**

TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

CIUDAD: **ROSAS, CAUCA**

TELÉFONO: **6028254114**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		500,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

PS 0 - TERCEROS AFECTADOS, .

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA LA RENOVACION DE LA MISMA EN TODAS SUS PARTES, VIGENCIA 31/12/2015 AL 31/12/2016- LO ANTERIOR SOLICITADO POR EL ASEGURADO.

OBJETO DEL SEGURO

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****11,399,992	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****1,826,399	TOTAL A PAGAR: \$ *****13,241,391
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ	5932	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)00000000007000435055009

FIRMA TOMADOR

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

DCERTUCHE 0

CADB25780808FD785A

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Mantener indemne al Asegurado por cuanto deba pagar a un Tercero, o a sus derecho-habientes, en razón de la Responsabilidad Civil incurrida de acuerdo a la legislación vigente, por los perjuicios materiales por responsabilidad civil profesional médica imputable a los médicos, enfermeras y personal paramédico, vinculados al Centro 2 E. S. E. mediante relación laboral o con autorización expresa del asegurado. Ocurrida durante el periodo de vigencia de la póliza y cuyo reclamo se formule por primera vez contra el Asegurado o su Asegurador durante el mismo periodo de vigencia del seguro.

MODALIDAD DE LA PÓLIZA

Responsabilidad Civil Profesional Médica, cubriendo las actividades del asegurado como propietario y/u operador de la institución médica, según texto registrado por Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda.

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

Se entiende por "claims made": Cubre las indemnizaciones que el asegurado debe 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

FECHA DE RETROACTIVIDAD A PARTIR DEL 30 DICIEMBRE DE 2.013.

La retroactividad será al inicio de la vigencia de la cobertura, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando no se Tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

RIESGO CUBIERTO

Responsabilidad civil institucional:

Transporte en ambulancia

Responsabilidad civil del director médico:

Uso de equipos de diagnostico o de terapéutica:

Suministro de medicamentos

Gastos de defensa hasta el 20% del valor Asegurado 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.

LÍMITE ASEGURADO

Básico Límite único y combinado. Col, \$ 500.000.000. Por Evento / Agregado Anual

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:

20% del límite de indemnización por evento / agregado anual.

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 Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

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.

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: 15% del valor de la reclamación toda y cada perdida, con un mínimo de Col \$ 20.000.000.

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

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

CONDICIONES PARTICULARES

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **2**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

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 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 Productos, propia e inherente a los fabricantes de los mismos.
- " Dolo o culpa grave del tomador, asegurado o beneficiario.
- " Ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica.
- " Cirugía plástica o estética, excepto en caso de cirugía reconstructiva derivada de un accidente o de anomalías congénitas.
- " Tratamientos, terapias o indicación y administración de medicamentos no reconocidos, no aceptados o no aprobados por la ciencia médica, las normas legales y/o entidades que regulen la materia.
- " Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para impedir o provocar la procreación.
- " Infección con virus tipo HIV (sida), htlv iii, lav, cjd, hepatitis o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes; virus o complejo viral ACR o síndrome que esté relacionado con cualquiera de los anteriores.
- " Violación del secreto profesional.
- " 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo, excepto cuando exista autorización judicial.

" Enfermedades o malformaciones genéticas en el caso que se determine que ellas han sido causadas directamente por una manipulación genética imputable a la institución asegurada.

" Contaminación causada directamente por: radiación iónica o contaminación radioactiva de cualquier combustible o desecho nuclear; tóxico, 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.

" Deficiencia de los equipos médicos; uso de equipos médicos no reconocidos por la ciencia médica.

" Transmutaciones nucleares cuando no deriven del uso terapéutico de la energía nuclear.

" Toda infección o contaminación con sangre o derivados de sangre y/o en conexión con un banco de sangre, salvo que el acto se haya realizado por un procedimiento dentro del departamento de hemoterapia e inmunohematología y/o medicina transfusional del asegurado y cumpla con las normas vigentes que regulen la materia, con previo consentimiento escrito, sin perjuicio de la exclusión 2.6 de la condición 2 de la póliza.

" Contagio de una enfermedad salvo que se transmita como consecuencia directa de la practica medica. Transmisión de una enfermedad o contaminación por materiales provenientes parcial o totalmente del cuerpo humano, tales como tejidos, células, órganos de trasplante, etc.

" Lucro cesante, daño moral, perjuicios fisiológicos o de vida de relación y la responsabilidad civil extracontractual.

" Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.

" Responsabilidad civil por productos farmacéuticos, responsabilidad civil del fabricante de productos farmacéuticos.

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

" Actos médicos indirectos, ni los denominados extracorpóreos, tales como investigación, experimentación, autopsia, etc.

" 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.

" Hurto simple y hurto calificado.

" 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 radiactivas.

" 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

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; para procesos penales, el pago opera por reembolso, siempre que haya preclusión de la investigación o fallo que declare la inocencia del involucrado.
- 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 para 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA COD. AGENCIA: 435 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

" 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

" La presente póliza opera baja el clausulado general Nro. 10112010-1502-75-RC-36 El cual se adjunta.

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4350550093

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000004 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
01 01 2017

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2016 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
08 07 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2016 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

CIUDAD: **ROSAS, CAUCA**

TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

CIUDAD: **ROSAS, CAUCA**

TELÉFONO: **6028254114**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		500,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

PS 0 - TERCEROS AFECTADOS, .

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA LA RENOVACION DE LA MISMA EN TODAS SUS PARTES, VIGENCIA 31/12/2016 AL 31/12/2017- LO ANTERIOR SOLICITADO POR EL ASEGURADO.

OBJETO DEL SEGURO

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****11,399,992	GASTOS EXPEDICION: \$ *****5,000.00	IVA: \$ ****2,166,948	TOTAL A PAGAR: \$ *****13,571,940
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

NOMBRE **ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ** CLAVE **5932** %PART **100.00**

COASEGURO CEDIDO

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)00000000007000435055009

FIRMA TOMADOR

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

DCERTUCHE 0

CADB25780707FA7A5B

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Mantener indemne al Asegurado por cuanto deba pagar a un Tercero, o a sus derecho-habientes, en razón de la Responsabilidad Civil incurrida de acuerdo a la legislación vigente, por los perjuicios materiales por responsabilidad civil profesional médica imputable a los médicos, enfermeras y personal paramédico, vinculados al Centro 2 E. S. E. mediante relación laboral o con autorización expresa del asegurado. Ocurrida durante el periodo de vigencia de la póliza y cuyo reclamo se formule por primera vez contra el Asegurado o su Asegurador durante el mismo periodo de vigencia del seguro.

MODALIDAD DE LA PÓLIZA

Responsabilidad Civil Profesional Médica, cubriendo las actividades del asegurado como propietario y/u operador de la institución médica, según texto registrado por Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda.

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

Se entiende por "claims made": Cubre las indemnizaciones que el asegurado debe 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

FECHA DE RETROACTIVIDAD A PARTIR DEL 30 DICIEMBRE DE 2.013.

La retroactividad será al inicio de la vigencia de la cobertura, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando no se Tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

RIESGO CUBIERTO

Responsabilidad civil institucional:

Transporte en ambulancia

Responsabilidad civil del director médico:

Uso de equipos de diagnostico o de terapéutica:

Suministro de medicamentos

Gastos de defensa hasta el 20% del valor Asegurado 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.

LÍMITE ASEGURADO

Básico Límite único y combinado. Col, \$ 500.000.000. Por Evento / Agregado Anual

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:

20% del límite de indemnización por evento / agregado anual.

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 Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

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.

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: 15% del valor de la reclamación toda y cada perdida, con un mínimo de Col \$ 20.000.000.

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

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

CONDICIONES PARTICULARES

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

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 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 Productos, propia e inherente a los fabricantes de los mismos.
- " Dolo o culpa grave del tomador, asegurado o beneficiario.
- " Ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica.
- " Cirugía plástica o estética, excepto en caso de cirugía reconstructiva derivada de un accidente o de anomalías congénitas.
- " Tratamientos, terapias o indicación y administración de medicamentos no reconocidos, no aceptados o no aprobados por la ciencia médica, las normas legales y/o entidades que regulen la materia.
- " Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para impedir o provocar la procreación.
- " Infección con virus tipo HIV (sida), htlv iii, lav, cjd, hepatitis o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes; virus o complejo viral ACR o síndrome que esté relacionado con cualquiera de los anteriores.
- " Violación del secreto profesional.
- " 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo, excepto cuando exista autorización judicial.

" Enfermedades o malformaciones genéticas en el caso que se determine que ellas han sido causadas directamente por una manipulación genética imputable a la institución asegurada.

" Contaminación causada directamente por: radiación iónica o contaminación radioactiva de cualquier combustible o desecho nuclear; tóxico, 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.

" Deficiencia de los equipos médicos; uso de equipos médicos no reconocidos por la ciencia médica.

" Transmutaciones nucleares cuando no deriven del uso terapéutico de la energía nuclear.

" Toda infección o contaminación con sangre o derivados de sangre y/o en conexión con un banco de sangre, salvo que el acto se haya realizado por un procedimiento dentro del departamento de hemoterapia e inmunohematología y/o medicina transfusional del asegurado y cumpla con las normas vigentes que regulen la materia, con previo consentimiento escrito, sin perjuicio de la exclusión 2.6 de la condición 2 de la póliza.

" Contagio de una enfermedad salvo que se transmita como consecuencia directa de la practica medica. Transmisión de una enfermedad o contaminación por materiales provenientes parcial o totalmente del cuerpo humano, tales como tejidos, células, órganos de trasplante, etc.

" Lucro cesante, daño moral, perjuicios fisiológicos o de vida de relación y la responsabilidad civil extracontractual.

" Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.

" Responsabilidad civil por productos farmacéuticos, responsabilidad civil del fabricante de productos farmacéuticos.

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

" Actos médicos indirectos, ni los denominados extracorpóreos, tales como investigación, experimentación, autopsia, etc.

" 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.

" Hurto simple y hurto calificado.

" 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 radiactivas.

" 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

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; para procesos penales, el pago opera por reembolso, siempre que haya preclusión de la investigación o fallo que declare la inocencia del involucrado.
- 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 para 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA COD. AGENCIA: 435 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

" 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

" La presente póliza opera bajo el clausulado general Nro. 10112010-1502-75-RC-36 El cual se adjunta.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGENCIA: **435** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **3**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.471-8
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO DE LA POLIZA

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA, LA RENOVACION DE LA MISMA EN TODA SUS PARTES, POR SOLICITUD DEL ASEGURADO SEGUN OFICIO ANEXO, Y CDP RESPECTIVO.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE
CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS
CONDICIONES GENERALES**



ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, OTORGA LA PRESENTE COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, HASTA EL LÍMITE ASEGURADO ESTIPULADO PARA CADA AMPARO Y CON SUJECCIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

1.1.1 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

1.1.2 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A PACIENTES COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL PARAMÉDICO VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y ACTUANDO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS, MIENTRAS DICHOS PACIENTES ESTÉN SIENDO TRANSPORTADOS EN AMBULANCIAS EQUIPADAS Y HABILITADAS DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O ADMINISTRATIVAS VIGENTES, SIEMPRE QUE TALES AMBULANCIAS SEAN DE PROPIEDAD DE LA INSTITUCIÓN O ÉSTA DEBA LEGALMENTE RESPONDER POR ELLAS EN VIRTUD DE SU TENENCIA Y CONTROL PERMANENTES.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- 1.2.1 LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES Y QUE SE DERIVE DE LA PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS PREDIOS SE ENCUENTREN MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES.**

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

- 1.2.2 LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES Y QUE SE DERIVE DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, SIEMPRE Y CUANDO TALES APARATOS Y EQUIPOS SEAN DIFERENTES DE LOS EQUIPOS A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2.25 DE LA CONDICIÓN 2 “EXCLUSIONES GENERALES” Y, ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.**

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

- 1.2.3 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A RECETA MÉDICA, ELLA CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS Y, HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE LOS MEDICAMENTOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.**

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

- 1.2.4 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN, SIEMPRE Y CUANDO TALES COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES HAYAN SIDO ELABORADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA, Y LA INSTITUCIÓN CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS Y LOS HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.**

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL SUMINISTRO DE LAS COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

1.3 AMPAROS ADICIONALES

1.3.1 COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO

BAJO ESTE AMPARO SE OTORGA COBERTURA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA O LAS CONDICIONES PARTICULARES, POR LOS COSTOS Y GASTOS DE LOS PROCESOS CIVILES, PENALES Y/O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL ADELANTADOS EN SU CONTRA CON FUNDAMENTO EN UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA Y SIEMPRE Y CUANDO LA INSTITUCIÓN NO AFRONTE EL PROCESO SIN LA PREVIA APROBACIÓN DE ASEGURADORA SOLIDARIA, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1.3.1.1 HONORARIOS DE DEFENSA

SON LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADO QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y DEBERÁN SER PREVIAMENTE APROBADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA PARA QUE OPERE ESTE AMPARO.

LOS HONORARIOS DE DEFENSA TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA VINCULACIÓN FORMAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS EN EL RESPECTIVO PROCESO Y SE PAGARÁN EN FORMA PROPORCIONAL Y FRACCIONADA DE ACUERDO CON LAS ETAPAS QUE INVOLUCRE CADA TIPO DE PROCESO, A MEDIDA QUE EL ABOGADO QUE ADELANTE SU DEFENSA VAYA AVANZANDO EN LA GESTIÓN, EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE LA AUTORIZACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA. EN IDÉNTICA FORMA SE PROCEDERÁ EN RELACIÓN CON LA SEGUNDA INSTANCIA, SI LA HUBIERE.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SI LA RESPONSABILIDAD FUERE IMPUTADA A TÍTULO DE DOLO, LOS HONORARIOS DE DEFENSA SE PAGARÁN EXCLUSIVAMENTE POR REEMBOLSO, UNA VEZ DICTADO EL FALLO O TERMINADO EL PROCESO O PROCEDIMIENTO BIEN CON LA ABSOLUCIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, BIEN CON LA DETERMINACIÓN DE QUE LOS HECHOS POR LOS QUE SE LES CONDENA NO INVOLUCRAN UNA RESPONSABILIDAD DOLOSA O NO CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

CUALQUIER SUMA QUE SE DESEMBOLSE BAJO ESTE AMPARO ANTES DEL FALLO O TERMINACIÓN DEL PROCESO, REDUCIRÁ EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA Y NO PUEDE SER INTERPRETADA COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A ASEGURADORA SOLIDARIA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, EN ESPECIAL 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 SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

1.4.2 AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES

NO OBSTANTE LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 2.25 DE LA CONDICIÓN 2 “EXCLUSIONES GENERALES”, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES COMO RESULTADO DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE:

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

PARA QUE SE OTORQUE ESTE AMPARO ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

- A. INCLUYAN LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO
 - B. MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES
 - C. EJERZAN UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD
- ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

1.4.3 AMPARO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A RECETA MÉDICA Y,

ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS.

1.4.4 AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES CAUSADOS POR MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL AMPARO 1.4.2 Y NO ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL AMPARO 1.2.2 Y/O PERSONAL DE APOYO DE LA INSTITUCIÓN, QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, SIEMPRE Y CUANDO LOS PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DERIVADA DEL USO DE SUS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES Y NO ESPECIALES Y/O PERSONAL DE APOYO POR PARTE DE MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES.

1.4.5 AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS COSTOS DE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS INCURRIDOS DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS EN LA ATENCIÓN DE LAS LESIONES PERSONALES CAUSADAS A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA.

SE EXCLUYEN DEL PRESENTE AMPARO LOS COSTOS DE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS PRESTADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

CUALQUIER SUMA QUE SE DESEMBOLSE BAJO ESTE AMPARO REDUCIRÁ EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA Y NO PUEDE SER INTERPRETADA COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

2. EXCLUSIONES

SE EXCLUYEN DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA LAS RECLAMACIONES QUE TENGAN ORIGEN O SE DERIVEN DE:

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

2.2 EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.

- 2.3 CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS, TRATAMIENTOS, TERAPIAS O INDICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS, NO ACEPTADOS O NO APROBADOS POR LA CIENCIA MÉDICA, LAS NORMAS LEGALES Y/O LAS ENTIDADES QUE REGULEN LA MATERIA.
- 2.5 CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR LA PROCREACIÓN.
- 2.6 INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
- 2.7 VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL.
- 2.8 CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
- 2.9 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE REALICEN CON EL OBJETO DE EFECTUAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO, EXCEPTO CUANDO EXISTA AUTORIZACIÓN JUDICIAL.
- 2.10 ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.11 CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
- 2.12 DEFICIENCIA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS SIN HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA YA SEA QUE ÉSTA HAYA SIDO SUSPENDIDA, REVOCADA O QUE HAYA EXPIRADO Y NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y, USO DE EQUIPOS MÉDICOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.
- 2.13 TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.14 TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 2.6 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES QUE REGULEN LA MATERIA, CON PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO
- 2.15 CONTAGIO DE UNA ENFERMEDAD, SALVO QUE SE TRANSMITA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA PRÁCTICA MÉDICA SIEMPRE Y CUANDO EN LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS NO TUVIERAN, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, DE QUE SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD IMPEDIRÍA A UN PROFESIONAL RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE PRESTAR SERVICIOS Y/O REALIZAR TRATAMIENTOS A SUS PACIENTES. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.
- 2.16 LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL 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 EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJE CON EXPLOSIVOS.
- 2.33 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y YA SEA CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY O NO.
- 2.34 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL AMPARO 1.1.2.
- 2.35 DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.36 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
- 2.37 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.38 RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
- 2.39 DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE

TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

- 2.40 CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.
- 2.41 USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.42 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.43 HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.
- 2.44 HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AÚN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS. SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 2.45 ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.
- 2.46 CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS

3. GARANTÍAS

SO PENA DE QUE EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE DÉ POR TERMINADO DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS GARANTIZAN:

- 3.1 QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO TORNARÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.
- 3.2 QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:
 - a) APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN NO.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, ASÍ COMO LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.
 - b) IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS

DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNÉSIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.

- c) VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL(ES) INTERVINIENTE(S).
- d) MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
- e) CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD).

- 3.3 EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.
- 3.4 ENTREGAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.5 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.6 COOPERAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.
- 3.7 PRESTAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.
- 3.8 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIMEN NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLES TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERAN.
- 3.9 PERMITIR A ASEGURADORA SOLIDARIA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.
- 3.10 NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.
- 3.11 CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN

REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.

3.12 MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.

3.13 DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:

- a) **QUE ACORDARÁN CON ASEGURADORA SOLIDARIA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.**
- b) **QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A ASEGURADORA SOLIDARIA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.**
- c) **QUE CUMPLIRÁN EN FORMA FEHACIENTE, DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS POSTERIORES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS CON PRIORIDAD INMEDIATA.**
- d) **QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO.**

4. LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

- A. **PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO A RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO DE QUE HABRÍAN DE SER INICIADAS EN SU CONTRA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA. DE OTORGARSE LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES DESCRITA EN EL NUMERAL 1.3.2., SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**
- B. **PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**

5. LÍMITE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA OPERA EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS ADELANTADAS EN EL TERRITORIO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

A. LÍMITE POR EVENTO

LA RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA DERIVADA DE UN MISMO SINIESTRO NO EXCEDERÁ EL LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO FIJADO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN

MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO.

ASÍ MISMO, CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO QUE SE ENCUENTREN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA O SITUACIÓN SE CONSIDERARÁN UN MISMO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO.

ESTAS MISMAS REGLAS APLICARÁN RESPECTO DE LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO LOS CUALES ESTARÁN SUJETOS A UN ÚNICO SUBLÍMITE POR EVENTO.

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE ASEGURADORA SOLIDARIA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA NO EXCEDERÁ EL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INCLUSO EN CASO DE QUE SE HAYA CONTRATADO EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, E INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES.

EL LÍMITE AGREGADO SE REDUCIRÁ EN LA SUMA DE LOS MONTOS DE LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS DURANTE LA VIGENCIA Y, ASEGURADORA SOLIDARIA NO ESTARÁ OBLIGADA, EN NINGÚN CASO, A PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA UNA VEZ ÉSTE HAYA SIDO AGOTADO.

7. DEDUCIBLE

ASEGURADORA SOLIDARIA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LA CARÁTULA O LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA. PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

8. UNIDAD DE EVENTO

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS Y/O TODAS LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE SE ENCUENTREN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA O SITUACIÓN SE CONSIDERARÁN UN MISMO EVENTO.

PARA LOS EFECTOS DE LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA LA RECLAMACIÓN DE UNA PÉRDIDA SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR PRIMERA VEZ POR LA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADO EN LA FECHA EN QUE ÉSTE HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES, SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. CUANDO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS HAYAN DADO AVISO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN, SI TAL RECLAMACIÓN LLEGARE EFECTIVAMENTE A FORMULARSE CONTRA LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR ÉSTA EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN QUE FUE DADO EL AVISO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.

9. DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

LA INSTITUCIÓN TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

10. CONSERVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y LA INSTITUCIÓN TOMADORA ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA CUALQUIER MODIFICACIÓN EN EL RIESGO ASEGURADO EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PERO SÓLO LA MALA FE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS O DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA DARÁ DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

11. OBLIGACIONES EN CASO DE RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O DE TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PODRÍA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA

A. LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN DAR NOTICIA A ASEGURADORA SOLIDARIA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LA HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PODRÍA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA, COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.

B. OCURRIDA UNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA BAJO ESTA PÓLIZA, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA, ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO.

C. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANSTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA, Y DEBERÁN MANTENER A ASEGURADORA SOLIDARIA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.

D. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A ASEGURADORA SOLIDARIA LA INFORMACIÓN RELATIVA A LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO, LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS, LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO, LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO, LOS DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS, SOPORTES CONTABLES Y TRIBUTARIOS Y PRUEBAS QUE SEAN PROCEDENTES E IDÓNEAS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

E. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS NO PODRÁN ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES OBLIGACIONES FACULTARÁ A ASEGURADORA SOLIDARIA PARA REDUCIR LA INDEMNIZACIÓN EN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE FUEREN OCASIONADOS.

12. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y LOS BENEFICIARIOS PERDERÁN TODO DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN DERIVADA DE LA PRESENTE PÓLIZA CUANDO:

A. EMPLEEN MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O PRUEBAS FALSAS PARA SUSTENTAR UNA RECLAMACIÓN O PARA DERIVAR ALGÚN BENEFICIO DE ESTA PÓLIZA.

B. OMITAN DECLARAR LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE EL MISMO INTERÉS ASEGURADO Y EL MISMO RIESGO.

C. RENUNCIEN AL DERECHO CONTRA TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

13. DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS

ASEGURADORA SOLIDARIA, PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA FORMULADA EN SU CONTRA SEGÚN SE INDICA EN EL AMPARO 1.3.1, SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEN ORIGEN A LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O EXCLUIDOS DE ELLA.

SI ASEGURADORA SOLIDARIA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN REEMBOLSAR A LA ASEGURADORA LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS.

ASEGURADORA SOLIDARIA SÓLO PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS QUE PREVIAMENTE HAYA AUTORIZADO POR ESCRITO, NO OBSTANTE, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS QUEDAN AUTORIZADOS PARA REALIZAR LOS GASTOS RAZONABLES QUE FUEREN NECESARIOS PARA PROTEGER EVIDENCIA O RESGUARDAR SU POSICIÓN FRENTE A EVENTUALES RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS, SI POR LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTEN LOS HECHOS NO FUERE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO DE LA ASEGURADORA DE MANERA OPORTUNA. SERÁ OBLIGACIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y NO DE ASEGURADORA SOLIDARIA ASUMIR LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA.

LA ASEGURADORA TENDRÁ EL DERECHO DE NOMBRAR EN CUALQUIER MOMENTO UN AJUSTADOR, UN REPRESENTANTE O UN ABOGADO Y DE HACER LAS INVESTIGACIONES QUE CONSIDERE NECESARIAS. DE LA MISMA MANERA, TENDRÁ EL DERECHO, EN CUALQUIER MOMENTO, DE ENCARGARSE Y DE DIRIGIR, EN NOMBRE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, LA DEFENSA Y LAS NEGOCIACIONES TENDIENTES A OBTENER UNA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN DE LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS, O A FORMULAR EN NOMBRE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y EN SU PROPIO BENEFICIO, DEMANDA DE RECONVENCIÓN O LLAMAMIENTO EN GARANTÍA CON EL FIN DE OBTENER COMPENSACIÓN POR PARTE DE TERCEROS.

ASEGURADORA SOLIDARIA NO CONCILIARÁ NI TRANSIGIRÁ RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA ALGUNA SIN EL CONSENTIMIENTO DE LA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADO. SIN EMBARGO, SI ÉSTE SE REHÚSA A PRESTAR COLABORACIÓN EN RELACIÓN CON UNA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN SUGERIDA POR ASEGURADORA SOLIDARIA, LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA NO EXCEDERÁ DEL IMPORTE DE LA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN PROPUESTA, MÁS LOS COSTOS Y GASTOS INCURRIDOS HASTA LA FECHA DE LA NO ACEPTACIÓN DE SU PROPUESTA POR PARTE DE LA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADO.

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO ASEGURADORA SOLIDARIA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTOS EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS PUEDAN NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

EN CUALQUIER MOMENTO, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ PAGAR EL LÍMITE ASEGURADO O EL REMANENTE APLICABLE DEL MISMO O CUALQUIER MONTO INFERIOR POR EL QUE SE PUEDA ACORDAR EXTRAJUDICIALMENTE CUALQUIER RECLAMACIÓN O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA QUE SE PRESENTE BAJO ESTA PÓLIZA. REALIZADO EL ANTERIOR PAGO, LA ASEGURADORA ABANDONARÁ EL CONTROL DE LA RECLAMACIÓN O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA Y NO ASUMIRÁ NINGÚN TIPO DE RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON LAS MISMAS.

14. DISTRIBUCIÓN

EN EL EVENTO DE QUE EN UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA UNA PARTE RESULTE CUBIERTA POR ELLA Y OTRA PARTE NO, ASEGURADORA SOLIDARIA INDEMNIZARÁ SOLAMENTE LA PARTE CUBIERTA. CUANDO FUEREN VARIOS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS INVOLUCRADOS EN UN PROCESO, LA INSTITUCIÓN TOMADORA DETERMINARÁ CÓMO DEBE DISTRIBUIRSE ENTRE ELLOS EL LÍMITE ASEGURADO PARA LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO.

15. AUDITORÍA E INSPECCIÓN

EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA ASEGURADORA SOLIDARIA TENDRÁ EL DERECHO DE INSPECCIONAR LAS INSTALACIONES Y OPERACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS –INCLUIDA LA REVISIÓN DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTO Y MANTENIMIENTO, LAS POLÍTICAS Y PROTOCOLOS OPERACIONALES Y SIMILARES- CON EL FIN DE VERIFICAR QUE AQUELLOS MANTENGAN UN NIVEL ADECUADO DE SUPERVISIÓN DEL RIESGO Y DE PREVENCIÓN DE SINIESTROS.

ASÍ MISMO, LA ASEGURADORA TENDRÁ EL DERECHO DE PRACTICAR AUDITORÍAS MÉDICO-LEGALES DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y DE AQUELLA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DE PACIENTES, DE LAS PRÁCTICAS MÉDICAS INSTITUCIONALES Y DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ TAMBIÉN EXAMINAR Y AUDITAR LOS LIBROS Y EXPEDIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, EN TODO AQUELLO QUE SE RELACIONE CON ESTE SEGURO, EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA EXPIRACIÓN DE LA MISMA.

16. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

TANTO LA INSTITUCIÓN TOMADORA COMO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, A PETICIÓN DE LA ASEGURADORA, DEBERÁN HACER TODO LO QUE ESTÉ A SU ALCANCE PARA PERMITIRLE EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DERIVADOS DE LA SUBROGACIÓN Y SERÁN RESPONSABLES DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACARREARE A ASEGURADORA SOLIDARIA SU FALTA DE DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN. EN TODO CASO, SI SU CONDUCTA ES DE MALA FE, PERDERÁN EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA PODRÁ REPETIR CONTRA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EL IMPORTE DE LAS INDEMNIZACIONES QUE HAYA DEBIDO SATISFACER COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE LA ACCIÓN DIRECTA POR PARTE DEL PERJUDICADO O SUS DERECHOHABIENTES, CUANDO SE DESCUBRA QUE EL DAÑO O PERJUICIO CAUSADO AL TERCERO SE DEBIÓ A CONDUCTAS DOLOSAS O EXCLUIDAS DE LA COBERTURA POR PARTE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

17. PAGO DEL SINIESTRO

ASEGURADORA SOLIDARIA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, CON SUJECCIÓN A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

18. FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

PARA SUSCRIBIR ESTA PÓLIZA ASEGURADORA SOLIDARIA SE HA BASADO EN LA INFORMACIÓN Y LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LOS CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS, LOS ESTADOS FINANCIEROS Y DEMÁS INFORMACIÓN ENTREGADA Y SOMETIDA AL CONOCIMIENTO DE LA ASEGURADORA PARA ESE FIN. DICHAS DECLARACIONES CONSTITUYEN LA BASE DE LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, Y POR TANTO, SE CONSIDERAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA.

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO Y/O EN LOS CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS ENTREGADOS POR LA INSTITUCIÓN TOMADORA SERÁN CONSIDERADAS INDEPENDIENTES PARA CADA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADOS, DE MANERA QUE NINGUNA AFIRMACIÓN O SITUACIÓN QUE ALGUNO DE ELLOS DECLARE CONOCER SERÁ IMPUTADA A NINGUNA OTRA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADOS A EFECTOS DE DETERMINAR SI EXISTE O NO COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA.

19. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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. DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza y siempre que aparezcan en negrilla, bien en singular o en plural, los términos que se relacionan a continuación tendrán el siguiente alcance y significado:

- **Clínicas, hospitales y centros de salud asegurados (institución):** son los establecimientos médicos asistenciales declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en la carátula de la póliza.
Se consideran también asegurados los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe de cuerpo médico), o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales funciones médico-administrativas.
Son asegurados también bajo la presente póliza los miembros de comités establecidos por las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados para desarrollar labores tales como la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover la calidad de los servicios médicos prestados por la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales labores solicitadas por los comités.
- **No son asegurados** bajo esta póliza los profesionales de la salud, bien sean internos, externos, residentes, voluntarios, temporales, empleados, contratados o en relación de dependencia o no con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, por ningún acto médico que presten o dejen de prestar a cualquier paciente dentro o fuera de la institución asegurada.
- **Institución tomadora:** es la persona jurídica que se designa en la carátula de esta póliza.
- **Beneficiario:** dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
- **Tercero:** es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
- Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:
 - ✓ Las personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
 - ✓ Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
 - ✓ Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes.

✓ Las personas vinculadas con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados mediante contrato de aprendizaje y/o de prestación de servicios.

- **Paciente:** es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.
- **Acto Médico:** es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico–paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del **paciente**.
- **Hecho Dañino:** es el hecho generador de **daños materiales** o **lesiones corporales**.
- **Daño Material:** es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- **Lesión Corporal:** es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- **Reclamación:** es:
 - A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
 - B. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de un Proceso Judicial Civil o Penal en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
 - C. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- **Pretensión Indemnizatoria:** es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.
- **Período de retroactividad/retroactividad:** es el período transcurrido con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente póliza, el cual delimita la fecha en que deben haber ocurrido los actos médicos que dan origen a la reclamación para que ésta goce de cobertura bajo el presente seguro. Si los actos médicos que dan origen a la reclamación ocurren con anterioridad a la fecha límite de retroactividad prevista en esta póliza, ésta no estará cubierta por este seguro.