

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA // DTE.
ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS // DDO. FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE
BUGA Y OTROS // RAD. 2022-00080 // LPR**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mié 17/05/2023 13:18

Para: Juzgado 02 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Guadalajara De Buga

<j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>;Juzgado 02 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Guadalajara De Buga

<j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: MAICOL RODRIGUEZ <maicolrodriguez@azurabogados.com>;contacto@azurabogados.com

<contacto@azurabogados.com>;dianablandon81@hotmail.com

<dianablandon81@hotmail.com>;dogui71@hotmail.com <dogui71@hotmail.com>;siau@fhsjb.org

<siau@fhsjb.org>;letty Fernanda Arboleda Cordoba <juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co>;Darío

Rosero <emssanarsas@emssanar.org.co>;comunicaciones@cenvalle.com

<comunicaciones@cenvalle.com>;Charlene Tatiana Correa Hernandez <charlenecorrea@emssanar.org.co>

 2 archivos adjuntos (12 MB)

Vo. Bo. DMMN - CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLA RAD. 2022-00080.pdf; ANEXOS CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO.pdf;

Señores

JUZGADO SEGUNDO (2º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS
DEMANDADO: FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Y OTROS.
RADICADO: 761113103002-2022-00080-00.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando como apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, conforme ya se encuentra acreditado en el expediente, procedo en primer lugar, de manera respetuosa a **CONTESTAR LA DEMANDA** promovida por el señor Armando Muñoz Rengifo y otros, en contra de la Fundación Hospital San José de Buga y otros, y, en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por Fundación Hospital San José de Buga a mi mandante, junto con los respectivos anexos.

En cumplimiento del inciso segundo del artículo 3 del Decreto 806 de 2020 el cual fue cobró firmeza mediante la Ley 2213 de 2022, copio a los demás sujetos procesales de los cuales se

tiene conocimiento de su dirección electrónica.

Adjunto

- Contestación a la demanda y del llamamiento en garantía.
- Anexos.

Agradezco confirmar la recepción de documentos.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Señores

JUZGADO SEGUNDO (2º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS
DEMANDADO: FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Y OTROS.
RADICADO: 761113103002-2022-00080-00.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando como apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, conforme ya se encuentra acreditado en el expediente, procedo en primer lugar, de manera respetuosa a **CONTESTAR LA DEMANDA** promovida por el señor Armando Muñoz Rengifo y otros, en contra de la Fundación Hospital San José de Buga y otros, y, en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por Fundación Hospital San José de Buga a mi mandante, paraque en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen en el presente escrito, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su despacho, de conformidad con lo que se consigna a continuación:

Es necesario precisar que el presente escrito se dividirá en dos capítulos: en el primero de ellos se hará la contestación a la demanda la cual da inició a este proceso; en el segundo se hará la contestación al llamamiento en garantía realizado por la Fundación Hospital San José de Buga a mi prohijada.

CAPITULO I:
CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE A “LOS ANTECEDENTES FAMILIARES”:

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.1.: a mi procurada no le consta ninguna de las afirmaciones de este hecho, comoquiera que, primero, refiere a aspectos propios de la

esfera íntima de los actores, y segundo, contiene apreciaciones de carácter meramente subjetivo de la parte actora. En consecuencia, corresponde a la parte demandante acreditar su dicho, en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.2.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a las presuntas relaciones familiares de la parte actora. No obstante, se destaca que dentro de los anexos de la demanda obra copia del Registro Civil de Nacimiento con indicativo serial número 6274316, según el cual, la señora Patricia Muñoz Rengifo es la madre de la señora Diana Marcela Blandón Muñoz.

En cuanto a la expresión según la cual “... los demás familiares que aquí demandan eran el núcleo familiar más cercano y constante de la señora MÑOZ RENGIFO” se indica que NO le consta a mi procurada, comoquiera que, primero, se trata de un aspecto de la esfera íntima de los actores, y segundo, contiene apreciaciones de carácter meramente subjetivo de la parte actora. En consecuencia, corresponde a la parte demandante acreditar su dicho, en los términos del artículo 167 del C.G.P.,

FRENTE AL HECHO 2.3.: a mi procura no le consta ninguna de las afirmaciones de este hecho, comoquiera que, primero, refiere a aspectos propios de la esfera íntima de los actores, y segundo, contiene apreciaciones de carácter meramente subjetivo de la parte actora. Además de ello, conviene resaltar que dentro del plenario no obra ninguna prueba enderezada a acreditar de manera fehaciente la supuesta dependencia económica del señor Marino Muñoz, respecto de la señora Patricia Muñoz Rengifo. En consecuencia, corresponde al extremo actor acreditar su dicho, en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL “INICIO DE SU PATOLOGÍA”:

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.4.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, una vez revisada la historia clínica, se tiene que:

- La señora Patricia Muñoz consultó el servicio de urgencias el 11 de febrero de 2018 con motivo de consulta “CIRUGÍA”, y presentando el siguiente cuadro clínico:

MOTIVO CONSULTA: (Percepción del Usuario)	
CIRUGIA	
ENFERMEDAD ACTUAL	
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE DOLOR TIPO COLICO EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR, NIEGA COLURIA, TRAE ECOGRAFIA HEPATOBILIAR QUE DESCRIBE COLELITIASIS CON VIA BILIAR NORMAL, INGRESA PACIENTE A CIRUGIA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	

- En dicha atención no se reportó el supuesto antecedente de “*fuertes dolores abdominales en dos oportunidades previas*”, ni existe registro clínico al respecto, por lo que dicha aseveración se sustenta únicamente en el dicho del extremo actor.
- Desde ya se destaca, por ser relevante, que la entonces paciente padecía importantes antecedentes patológicos, descritos como diabetes insulino requirente, hipertensión arterial, estreñimiento crónico, cáncer de mama derecha en tratamiento quimioterápico, enfermedad renal crónica:

ANTECEDENTES	
Tipo	Descripción
Patológicos	DIABETICA INSULINO REQUIRIENTE. HTA. ESTREÑIMIENTO CRONICO. CA DE MAMA DERECHA Ec II CON RH (+) Y HER2 (-) EN T.T.O. QUIMIOTERAPICO ADYUVANTE (AC 2 CICLOS, DOCETAXEL + CICLOFOSFAMIDA 4 CICLOS). RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN ANDAMIENTO. INICIO TERAPIA CON TAMOXIFENO 20mg DESDE 09/16, HIPERPROLACTINEMIA ENF RENAL CRONICA SECUNDARIA EN SEGUIMIENTO Y CONTROL

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.5.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que: **(i)** refiere a apreciaciones meramente subjetivas de la parte actora, que, por lo mismo, conciernen específicamente a su esfera representada, en su calidad de aseguradora, no intervino ni tuvo injerencia alguna.

En todo caso, se advierte que, según la historia clínica adjunta a la demanda, la ecografía realmente realizada se denomina *ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR*, en la que, conforme a la siguiente anotación, reportó *colecistitis con vía biliar normal*. Ante ese panorama, y como era debido, la paciente ingresó a cirugía para la realización de una colecistectomía:

MOTIVO CONSULTA (Percepción del Usuario)	
CIRUGIA	
ENFERMEDAD ACTUAL	
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE DOLOR TIPO COLICO-EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR, NIEGA COLURIA, TRAE ECOGRAFIA HEPATOBILIAR QUE DESCRIBE COLECISTITIS CON VIA BILIAR NORMAL, INGRESA PACIENTE A CIRUGIA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	

Finalmente, en lo que concierne a la expresión “*la ecografía suele ser la primera prueba de imagen que se realiza*”, se indica que concierne a una apreciación sin sustento técnico y/o científico, enunciada de forma genérica y aislada de las condiciones propias de la salud de la señora Muñoz Rengifo, que en consecuencia deberá acreditarse de manera fehaciente, en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.6.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, una vez revisada la historia clínica, se tiene que:

- Según la siguiente anotación, la señora Patricia Muñoz consultó el servicio de urgencias el 11 de febrero de 2018 con motivo de consulta “CIRUGÍA”, allegando una ecografía hepatobiliar presuntamente no realizada en esa institución, por lo que la expresión “una vez concluida la ecografía” NO debe interpretarse como una toma realizada en la Fundación Hospital San José de Buga:

MOTIVO CONSULTA: (Percepción del Usuario)	
CIRUGIA	
ENFERMEDAD ACTUAL	
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE DOLOR TIPO COLICO EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR, NIEGA COLUMIA, TRAE ECOGRAFIA HEPATOBILIAR QUE DESCRIBE COLELITIASIS CON VIA BILIAR NORMAL, INGRESA PACIENTE A CIRUGIA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	

- En dicha atención NO se reportó el supuesto antecedente de “dolor abdominal”, **ni existe registro clínico respecto a las presuntas dos consultas anteriores**, por lo que NO es cierto que la paciente ingresara supuestamente por tercera vez.
- Las demás manifestaciones sobre la evolución y resistencia del dolor de la paciente, y la supuesta preocupación de sus familiares, se indica que corresponden a apreciaciones que no le constan a mi representada, y que, en todo caso, no se actor acreditar su dicho en los términos del artículo 167 del C.G.P.
- Finalmente, se advierte que en efecto el diagnóstico determinado correspondió a **CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS**.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.7.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. Sin embargo, se advierte que según la historia clínica adjunta a la demanda, en efecto el 11 de febrero de 2018 se practicó a la paciente el procedimiento quirúrgico denominado *colecistectomía laparoscópica*, y se consignaron los hallazgos descritos. No obstante, cabe destacar que dicho procedimiento se practicó de forma oportuna y sin dilaciones, considerando el momento en el que ingresó la paciente y la realización de la intervención quirúrgica.

Igualmente, resulta oportuno destacar en este punto, que dicho procedimiento fue adecuado y que se describió inicialmente *sin complicaciones*, tal como consta en la historia clínica:

TECNICA QUIRURGICA
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, INSECCION DE TROCAR UMBILICAL CON TECNICA ABIERTA, INSECCION DE NEUMOPERITONEO Y DEMAS TROCARES BAJO VISION DIRECTA, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA ANTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION Y LIGADURA DE CONDUCTO CISTICO CON 4 CLIPS, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA POSTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION CISTICOFUNDICA DE LA VESICULA LIBERANDOLA DEL LEGHO HEPATICO, EXERESIS DE PIEZA QUIRURGICA, CONTROL DE HEMOSTASIA DEL LEGHO HEPATICO CON ELECTROCAUTERIO, SE CORROBORA HEMOSTASIA, LAVADO DE CAVIDAD CON SSN TIBIA HASTA RETORNO CLARO, EXTRACCION DE TROCARES Y NEUMOPERITONEO BAJO VISION DIRECTA, CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 0 Y PIEL CON PROLENE 3-0, SANGRADO MINIMO, COMPRESAS COMPLETAS, NO COMPLICACIONES.

Sobre el particular, se destaca también el dictamen pericial elaborado por la Universidad CES y adjunto al escrito demandatorio, que confirma lo dicho anteriormente:

(...) Ingresó el 11 de febrero de 2018 al servicio de urgencias de la IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA por cuadro de cólico en hipocondrio derecho y ecografía que muestra cálculos vesiculares como causa de su dolor y vía biliar principal normal. (...). **Se realizó colecistectomía como era lo debido, reportada como sin complicaciones.** (...).

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.8.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, a partir de la historia clínica que obra en el expediente se tiene que lo manifestado NO es cierto en la forma en que está expuesto, por lo que resulta necesario realizar las siguientes precisiones:

- En los registros consignados del 11 de febrero de 2018 se indicó que la intervención quirúrgica se llevó a cabo sin complicaciones, lo que implica que, si se presentó una complicación inherente o propia del procedimiento realizado, NO se evidenció durante la realización de la cirugía, pues de haber sido así, como es apenas lógico, no solo se hubiere descrito, sino que el personal médico hubiera procedido con las medidas pertinentes. Así describió también el perito Adolfo León Uribe, que suscribió el dictamen ya referido:

e. *Si se presentó una complicación inmediata (La presentada en el conducto cístico mal grapado) y de haberlo evidenciado a tiempo, ¿hubiese cambiado el desenlace del caso? ¿se hubiere evitado la SEPSIS ABDOMINAL? ¿Los demás hechos del caso dependieron de esa atención tardía?*

RESPUESTA: Un cístico mal grapado solo se puede saber en la cirugía cuando el cirujano, el ayudante y/o la instrumentadora lo detectan. Si esto es evidente en el intraoperatorio, se corrige inmediatamente. En este caso esa no fue la situación. La descripción dice que no hubo complicaciones. Nadie debería terminar una cirugía si hay dudas con respecto al grapado de un conducto cístico. Si hubiera sido posible saber lo que iba a ocurrir antes de terminar el acto quirúrgico, la respuesta es obvia: nada hubiera pasado.

- Ahora, en lo que respecta al evento adverso, debe aclararse que todo procedimiento contempla el riesgo de complicaciones, asociadas a las condiciones propias y naturales

del paciente, del procedimiento, de sus patologías de base, Etc., de modo que la materialización de alguna de ellas no deriva propiamente de una mala práctica médica y por lo mismo, no compromete la responsabilidad del cuerpo médico.

- En el caso concreto, se tiene que: **(i)** la señora Muñoz Rengifo presentó complicaciones relacionadas con fístula biliar y sangrado de lecho hepático; **(ii)** que, de acuerdo con la historia clínica, el procedimiento de colelap realizado estuvo acorde con los cánones médicos, y **(iii)** que, en consecuencia, al no haber falla o error médico en la práctica de dicho procedimiento, lo cierto es que el resultado adverso no obedece a ningún factor atribuible al acto médico.
- Sobre las complicaciones, en el dictamen pericial en cuestión se indicó:

Complicaciones de una colelap: las complicaciones pueden ser múltiples, afortunadamente no son tan frecuentes.
Lesión de la vía biliar principal.
Lesión hepática por trauma con uno de los instrumentos.
Lesión de la arteria hepática o la vena porta.
Lesión del tubo digestivo.
Colección del lecho hepático por canaliculos biliares pequeños.
Fistula biliar por desalojo de clips del cístico (complicación de la paciente)
Sangrado por desalojo de clips de la arteria cística vesicular.
Sangrado lecho hepático en vesículas muy adheridas al hígado (caso de la paciente).
Sangrado en sitio de entrada de trocres en la pared abdominal.
Herniación en sitio de trocres.
Complicaciones anestésicas.

- Puntualmente, sobre la técnica empleada, el especialista indicó **“estuvo acorde con la lex artis”**:
 - c. **En la descripción a continuación no hay nada que permita decir algo en contra de la técnica de la colelap realizada. Estuvo acorde con la lex artis.**

HALLAZGOS OPERATORIOS
PANICULO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL AUMENTADO, VESICULA BILIAR CON PAREDES ENGROSADAS Y CALCULOS EN SU INTERIOR, CISTICO DILATADO, HIGADO FRIABLE Y DE SANGRADO FACIL
TECNICA QUIRURGICA
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, INSERCCION DE TROCAR UMBILICAL CON TECNICA ABIERTA, INSERCCION DE NEUMOPERITONEO Y DEMAS TROCARES BAJO VISION DIRECTA, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA ANTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION Y LIGADURA DE CONDUCTO CISTICO CON 4 CLIPS, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA POSTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION CISTICOFUNDICA DE LA VESICULA LIBERANDOLA DEL LEGHO HEPATICO, EXERESIS DE PIEZA QUIRURGICA, CONTROL DE HEMOSTASIA DEL LEGHO HEPATICO CON ELECTROCAUTERIO, SE CORROBORA HEMOSTASIA, LAVADO DE CAVIDAD CON SSN TIBIA HASTA RETORNO CLARO, EXTRACCION DE TROCARES Y NEUMOPERITONEO BAJO VISION DIRECTA, CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 0 Y PIEL CON PROLENE 3-0, SANGRADO MINIMO, COMPRESAS COMPLETAS, NO COMPLICACIONES.

- Ahora, lo que debe ser claro, es que, tal como se explicó en dicho dictamen pericial, “e/ resultado definitivo no solo depende del cirujano **sino de factores otros como:**”

Anomalías anatómicas de la vía biliar que son muy frecuentes.

Inflamación de las estructuras en cuestión como la vesícula en este caso.

Friabilidad del hígado como en este caso.

Adherencia y fibrosis por inflamación crónica muy frecuentes.

Adherencias y fibrosis de cirugía previas.

Obesidad de la paciente como en este caso.

Cirugía urgente vs electiva como en este caso.

Dificultad en la exposición de las estructuras por inflamación y sangrado como en este caso.

Impericia del cirujano y/o de los demás participantes en la cirugía.

Enfermedades asociadas del paciente que aumentan el riesgo como en este caso: diabetes, cáncer, obesidad.

Otras.

Corolario de lo expuesto, se tiene que NO ES CIERTO que el procedimiento se hubiese ejecutado supuestamente de manera incorrecta, pues el lamentable estado de salud de la paciente obedeció: **(i)** a la materialización de una complicación inherente al acto médico practicado; y **(ii)** a la incidencia de factores ajenos al acto médico, y propios de la paciente, asociados a sus patologías previas y a sus condiciones específicas de salud.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.9.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. Sin perjuicio de ello, según la historia clínica de la paciente, se tiene que, en efecto, debido a que la paciente se encontraba con signos en parámetros de normalidad, y dado que no se detectaron complicaciones quirúrgicas, fue dada de alta con recomendaciones y signos de alarma.

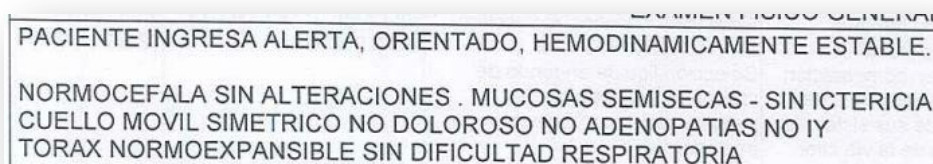
Respecto a la expresión según la cual *“posteriormente se presentaron problemas y complicaciones directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico”* se tiene que estado de salud de la paciente obedeció: **(i)** a la materialización de una complicación inherente al acto médico practicado (que no se relaciona con la conducta desplegada por los profesionales de salud); y **(ii)** a la incidencia de factores ajenos al acto médico, y propios de la paciente, asociados a sus patologías previas y a sus condiciones específicas de salud.

En ese sentido, conviene destacar que el resultado adverso de dicha intervención quirúrgica NO es atribuible al acto médico ejecutado, en tanto dicho procedimiento **“estuvo acorde con la lex artis”**, tal como se concluyó en la pericia rendida. Por lo mismo, el presunto “sufrimiento y zozobra” no puede pretender endilgársele a la pasiva, cuando ninguna conducta a su cargo, por acción u omisión, configuró una falla médica ni produjo el deceso de la señora Muñoz Rengifo.

FRENTE A LOS “PROBLEMAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DEL 11 DE FEBRERO DE 2018”:

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.10.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. Sin embargo, resulta necesario realizar las siguientes precisiones:

- Según la historia clínica adjunta a la demanda se tiene que NO es cierto lo manifestado en este hecho, pues **no existe ningún reporte clínico de una supuesta consulta a urgencias el 16 de febrero de 2018.** De hecho, tanto en el dictamen pericial como en su correspondiente aclaración, se explica que NO existe documentación o registro de dicha consulta. En consecuencia, corresponde al extremo actor acreditar su dicho, en los términos del artículo 167 del C.G.P.
- No obstante, se tiene que en efecto la señora Muñoz Rengifo consultó el 18 de febrero de 2018 por presentar “*DOLOR ABDOMINAL, ASOCIADO A EPISODIO FEBRIL*”, sin embargo, NO se indica que dicho cuadro tuviese una evolución de 48 horas, como afirma infundadamente la parte actora. Se destaca que la nombrada ingresó **hemodinámicamente estable, sin ictericia ni dificultad respiratoria:**



EXAMEN FÍSICO GENERAL
PACIENTE INGRESA ALERTA, ORIENTADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE.
NORMOCEFALA SIN ALTERACIONES. MUCOSAS SEMISECAS - SIN ICTERICIA
CUELLO MOVIL SIMETRICO NO DOLOROSO NO ADENOPATIAS NO IY
TORAX NORMOEXPANSIBLE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA

Lo que debe destacarse, es que se ordenaron y practicaron varias ayudas diagnósticas (estudios de laboratorio y TAC abdominal contrastado), se mantuvo en observación a la paciente y se ordenó valoración por la especialidad de cirugía general. Posteriormente, se inició tratamiento antibiótico.

- Por lo dicho anteriormente, NO ES CIERTO o por lo menos no se encuentra acreditado, que la atención médica del 18 de febrero de 2018 se tratara supuestamente de “*la segunda consulta después de que fue operada*”, pues se reitera, no existe ningún registro clínico sobre la atención del día 16 de ese mes y año.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.11.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. Sin embargo, según la historia clínica se tiene que lo manifestado NO ES CIERTO, por lo que resulta necesario realizar las siguientes precisiones:

- Según lo reportado en la historia clínica **no existe ningún registro de la supuesta consulta a urgencias el 16 de febrero de 2018.** De hecho, tanto en el dictamen pericial

como en su correspondiente aclaración, se explica que NO existe documentación o registro de dicha consulta. Bajo ese entendido, al no existir constancia o documentación sobre esa supuesta atención, no es posible determinar si en efecto ocurrió o no un error en esa oportunidad, que se insiste, no se encuentra acreditada.

- Respecto a que en la intervención quirúrgica del 11 de febrero de 2018 “le ocasionaron lesiones a la paciente en el lecho hepático y la vía biliar”, que supuestamente no debieron ocurrir “si el procedimiento ... hubiese estado ejecutado de manera correcta” se indica que NO ES CIERTO. En primer lugar, debe advertirse que el procedimiento practicado en la fecha indicada **fue adecuado y se llevó a cabo conforme a la *lex artis*** y así conceptuó el especialista que elaboró el dictamen pericial adjunto a la demanda:

- c. En la descripción a continuación no hay nada que permita decir algo en contra de la técnica de la colelap realizada. Estuvo acorde con la *lex artis*.

HALLAZGOS OPERATORIOS
PANICULO ADIPOSEO DE PARED ABDOMINAL AUMENTADO, VESICULA BILIAR CON PAREDES ENGROSADAS Y CALCULOS EN SU INTERIOR, CISTICO DILATADO, HIGADO FRIABLE Y DE SANGRADO FACIL
TECNICA QUIRURGICA
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, INSERCCION DE TROCAR UMBILICAL CON TECNICA ABIERTA, INSERCCION DE NEUMOPERITONEO Y DEMAS TROCARES BAJO VISION DIRECTA, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA ANTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION Y LIGADURA DE CONDUCTO CISTICO CON 4 CLIPS, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA POSTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION CISTICOFUNDICA DE LA VESICULA LIBERANDOLA DEL LEGHO HEPATICO, EXERESIS DE PIEZA QUIRURGICA, CONTROL DE HEMOSTASIA DEL LECHO HEPATICO CON ELECTROCAUTERIO, SE CORROBORA HEMOSTASIA, LAVADO DE CAVIDAD CON SSN TIBIA HASTA RETORNO CLARO, EXTRACCION DE TROCARES Y NEUMOPERITONEO BAJO VISION DIRECTA, CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 0 Y PIEL CON PROLENE 3-0, SANGRADO MINIMO, COMPRESAS COMPLETAS, NO COMPLICACIONES.

- En segundo lugar, NO es cierto que se hubieren causado lesiones a la entonces paciente, pues como ya se indicó, el resultado adverso obedeció a la materialización de una complicación propia del procedimiento practicado.

Complicaciones de una colelap: las complicaciones pueden ser múltiples, afortunadamente no son tan frecuentes.

Lesión de la vía biliar principal.

Lesión hepática por trauma con uno de los instrumentos.

Lesión de la arteria hepática o la vena porta.

Lesión del tubo digestivo.

Colección del lecho hepático por canalículos biliares pequeños.

Fistula biliar por desalojo de clips del cístico (complicación de la paciente)

Sangrado por desalojo de clips de la arteria cística vesicular.

Sangrado lecho hepático en vesículas muy adheridas al hígado (caso de la paciente).

Sangrado en sitio de entrada de trocares en la pared abdominal.

Herniación en sitio de trocares.

Complicaciones anestésicas.

- Sin embargo, tampoco es cierto que se hubiere tratado de lesiones “en el lecho hepático

y la vía biliar”, pues de manera enfática se dice en el dictamen **que no existió ninguna lesión de ese tipo:**

RESPUESTA: En ninguna parte de la historia reza que “se le ocasionaron a la señora PATRICIA MUÑOZ lesiones en el lecho hepático y la vía biliar”. La vía biliar esta indemne como se reportó en la CPRE que se le practico. Allí habla de una **filtración del conducto cístico**, cuya razón más frecuente es el aflojamiento de los clips, situación esta que puede ocurrir al retroceder el edema del conducto en los primeros días posquirúrgicos, evento posible por su cuadro de inflamación detectado y reportado en la descripción operatoria.

En segundo lugar, una colección en el lecho vesicular no es evidencia de lesión de la vía biliar ni del lecho hepático. Dicha colección puede ser producida por liquido inflamatorio, linfa, sangre, restos de la solución de irrigación, incluida la bilis, entre otros. La evidencia de lesión de una vía biliar solo la da:

(...)

RESPUESTA: Si se refiere a las “lesiones en lecho hepático y la vía biliar”, ya en el primer peritaje anote que en ninguna parte de la historia se encuentra que estas lesiones se hubieran presentado. Las colecciones liquidas son secundarias a una filtración del conducto cístico, no a una lesión de la vía biliar ni del lecho hepático.

- Ahora, lo que debe ser claro para el despacho, es que el lamentable estado de salud de la entonces paciente no obedeció ni se relacionó con la conducta médica desplegada, sino con factores externos, asociados a sus patologías y a sus propias condiciones de salud. En palabras del perito:

*“(...) el resultado definitivo no solo depende del cirujano **sino de factores otros como:**”*

Anomalías anatómicas de la vía biliar que son muy frecuentes.

Inflamación de las estructuras en cuestión como la vesícula en este caso.

Friabilidad del hígado como en este caso.

Adherencia y fibrosis por inflamación crónica muy frecuentes.

Adherencias y fibrosis de cirugía previas.

Obesidad de la paciente como en este caso.

Cirugía urgente vs electiva como en este caso.

Dificultad en la exposición de las estructuras por inflamación y sangrado como en este caso.

Impericia del cirujano y/o de los demás participantes en la cirugía.

Enfermedades asociadas del paciente que aumentan el riesgo como en este caso: diabetes, cáncer, obesidad.

Otras.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.12.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, conviene destacar que, según lo dicho en el dictamen referido, la cirugía en comento se realizó **de forma inmediata y estuvo bien indicada:** “(...) Leída por el cirujano y después de obtenido el reporte del radiólogo, inmediatamente se procedió a realizar una cirugía laparoscópica perfectamente bien indicada (...)”.

En cuanto a la presunta demora en los servicios médicos dispensados, se indica que corresponde a una apreciación meramente subjetiva de la parte actora, por cuanto no es cierto, conforme a la historia clínica de la entonces paciente.

Finalmente, respecto a que el procedimiento quirúrgico del 11 de febrero de 2018 estuvo “*mal realizado*”, se reitera que NO ES CIERTO, tal como en líneas anteriores se ha explicado con suficiencia.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.13.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, según la historia clínica y el dictamen pericial adjuntos a la demanda, se tiene que lo manifestado NO ES CIERTO. En efecto, debe resaltarse que luego de transcribirse la descripción operatoria de la intervención referida, el especialista indicó:

Para hablar de si “**la intervención anterior fue laboriosa y se hizo mucha manipulación de los órganos de la paciente, lo que ocasionó las adherencias y las colecciones que se describieron anteriormente**” está la descripción operatoria de la primera cirugía. Allí no se describe que hubo manipulación excesiva de los órganos. Ahora, en esta segunda cirugía debemos tener en cuenta, que no solo hay participación de la primera cirugía en los hallazgos, sino una complicación que agrega más participación por ser un proceso inflamatorio no controlado.

En mi concepto y experiencia, los hallazgos descritos corresponden más a la complicación que a la primera cirugía. No encuentro bibliografía que hable específicamente de esto.

Se advierte que la parte actora insiste -sin fundamento técnico ni científico- que supuestamente la intervención quirúrgica de colelap fue inadecuada; sin embargo, de manera justificada y suficientemente explicada, el mismo dictamen pericial aportado por ese extremo concluye que dicho acto “**estuvo acorde con la lex artis**”.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.14.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. En consecuencia, corresponde al extremo actor acreditar su dicho, en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.15.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, según la historia clínica y el dictamen pericial adjuntos a la demanda, se tiene que lo manifestado NO ES CIERTO en la forma en que está expuesto.

Según el médico especialista, los microorganismos descritos “*aparecen en aquellos pacientes que, por sus condiciones de salud, están en condiciones de inmunidad*”

desventajosa, en un medio donde la **necesaria invasividad** de los tratamientos médicos y quirúrgicos favorecen la entrada de los mismos”. De este modo, el riesgo de permanencia en UCI obedeció a que la paciente así lo requería, por su delicado y complejo estado de salud. Adicional a ello, seguidamente se indicó que la paciente padecía múltiples antecedentes **que significaban riesgos importantes en esa Unidad de Cuidados Intensivos**:

En tal virtud, debe ser claro que NO se trata de una deficiencia o error en el servicio médico

La paciente tenía antecedentes como:

- Diabetes mellitus 2. El antecedente de riesgo más frecuente en una UCI.
- El tratamiento administrado fue hecho cuidadosamente y de acuerdo a las guías del paciente oncológico siempre lo pondrá en condiciones de desventaja.
- Obesidad. Factor de riesgo de mortalidad en UCI. Hoy en día con el virus COVID 19 es un marcado de alto riesgo de mortalidad.
- Tuvo una filtración biliar a partir del muñón del conducto cístico y a partir de allí se hizo la primera infección.
- Secundario a lo anterior, debió ingresar a UCI y sobrevienen los gérmenes ya señalados por usted.

suministrado, pues la explicación del experto concluyó lo siguiente:

Corolario de lo expuesto, el estado de salud de la paciente y el “deterioro” aducido en la demanda, no corresponde a una consecuencia derivada de la conducta desplegada por la institución demandada.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.16.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que ninguna prueba se encuentra enderezada a acreditar las supuestas manifestaciones realizadas por la señora Muñoz Rengifo, a “su familia”, que tampoco se identificó en este hecho. Las demás aseveraciones corresponden a apreciaciones meramente subjetivas de la parte actora, por lo que concierne a ese extremo acreditar su dicho, en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.17.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. En consecuencia, corresponde al extremo actor acreditar su dicho en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.18.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, debe advertirse que el resultado adverso en el estado de la salud de la señora Muñoz Rengifo no tiene ninguna relación causal con el acto médico desplegado por la IPS demanda, debido a que no existió ninguna falla en la prestación del servicio que la nombrada requirió. Por el contrario, sobre el particular el dictamen pericial adjunto a la

demanda refirió:

(...) Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados.

*A un integrante del personal de salud se le pueden atribuir responsabilidades por: impericia, negligencia, imprudencia, etc., **que no aparecen en este caso.** (...).*

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.19.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, según la historia clínica y el dictamen pericial adjuntos a la demanda, se tiene que lo manifestado NO ES CIERTO en la forma en que está expuesto.

Según el médico especialista, los microorganismos descritos y que el extremo actor señala como “infecciones nosocomiales”, *“aparecen en aquellos pacientes que, por sus condiciones de salud, están en condiciones de inmunidad desventajosa, en un medio donde la **necesaria invasividad** de los tratamientos médicos y quirúrgicos favorecen la entrada*

de los mismos”. De este modo, el riesgo de permanencia en UCI obedeció a que la paciente así lo requería, por su delicado y complejo estado de salud. Adicional a ello, seguidamente se indicó que la paciente padecía múltiples antecedentes **que significaban riesgos importantes en esa Unidad de Cuidados Intensivos:**

La paciente tenía antecedentes como:

- Diabetes mellitus 2. El antecedente de riesgo más frecuente en una UCI.
- Cáncer de mama. Un cáncer puede haber sido tratado pero la carga genética del paciente canceroso siempre lo pondrá en condiciones de desventaja.
- Obesidad. Factor de riesgo de mortalidad en UCI. Hoy en día con el virus COVID 19 es un marcado de alto riesgo de mortalidad.
- Tuvo una filtración biliar a partir del muñón del conducto cístico y a partir de allí se hizo la primera infección.
- Secundario a lo anterior, debió ingresar a UCI y sobrevienen los gérmenes ya señalados por usted.

En tal virtud, debe ser claro que NO se trata de una deficiencia o error en el servicio médico suministrado, pues la explicación del experto concluyó lo siguiente:

El tratamiento administrado fue hecho cuidadosamente y de acuerdo a las guías actuales.

Corolario de lo expuesto, el estado de salud de la paciente y el “deterioro” aducido en la demanda, no corresponde a una consecuencia derivada de la conducta desplegada por la

institución demandada.

Respecto a la expresión según la cual la señora Muñoz Rengifo permaneció sin ayuda vital alguna, se indica que NO ES CIERTO, pues según lo documentado la paciente mantuvo en observación por cirugía general, medicina interna, nutrición y demás, que decidió, entre otras, múltiples ajustes en la alimentación de la nombrada. Dicha aseveración, además, contraría el propio dicho de la parte actora, quien afirma en el hecho número 2.21. de la demanda, que la nombrada recibió nutrición enteral.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.20.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, debe advertirse que el resultado adverso en el estado de la salud de la señora Muñoz Rengifo no tiene ninguna relación causal con el acto médico desplegado por la IPS demanda, debido a que no existió ninguna falla en la prestación del servicio que la nombrada requirió. Por el contrario, sobre el particular el dictamen pericial adjunto a la demanda refirió:

(...) Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados.

A un integrante del personal de salud se le pueden atribuir responsabilidades por: impericia, negligencia, imprudencia, etc., que no aparecen en este caso. (...).

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.21.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta atención médica en la que mi representada, en su calidad de aseguradora, no participó ni tuvo injerencia alguna. No obstante, debe advertirse que el resultado adverso en el estado de la salud de la señora Muñoz Rengifo no tiene ninguna relación causal con el acto médico desplegado por la IPS demanda, debido a que no existió ninguna falla en la prestación del servicio que la nombrada requirió. Por el contrario, sobre el particular el dictamen pericial adjunto a la demanda refirió que en el presente caso NO existió impericia, negligencia ni imprudencia, como arriba se ilustró.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.22.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que se trata de unas presuntas actuaciones adelantadas ante la IPS y EPS demandadas, que, por tanto, son ajenas a mi procurada. Las demás manifestaciones de este hecho refieren a apreciaciones meramente subjetivas de la parte actora. En consecuencia, corresponde a ese extremo acreditar su dicho en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.23.: si bien a mi procurada no le constan ninguna de las

manifestaciones de este hecho, se tiene que, conforme a los anexos del escrito demandatorio, lo dicho por el extremo actor NO es cierto. De entrada, se reitera que a mi representada no le constan las presuntas actuaciones adelantadas ante la IPS y EPS demandadas, dado que se trata de entidades y hechos ajenos a la aseguradora que represento, y que, en consecuencia, deberá acreditar el extremo actor en los términos del artículo 167 del C.G.P.

Respecto a la manifestación según la cual estado de salud de la entonces paciente, derivado por una supuesta mala práctica en el procedimiento quirúrgico del 11 de febrero de 2018, se reitera que NO es cierto, pues el resultado adverso en el estado de la salud de la señora Muñoz Rengifo no tiene ninguna relación causal con el acto médico desplegado por la IPS demanda, debido a que no existió ninguna falla en la prestación del servicio que la nombrada requirió. Por el contrario, sobre el particular el dictamen pericial adjunto a la demanda refirió:

*(...) **Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados.***

*A un integrante del personal de salud se le pueden atribuir responsabilidades por: impericia, negligencia, imprudencia, etc., **que no aparecen en este caso.** (...).*

En lo que concierne a las infecciones adquiridas, debe resaltarse que, según el médico especialista, los microorganismos descritos “*aparecen en aquellos pacientes que, por sus condiciones de salud, están en condiciones de inmunidad desventajosa, en un medio donde la **necesaria invasividad** de los tratamientos médicos y quirúrgicos favorecen la entrada de los mismos*”. De este modo, el riesgo de permanencia en UCI obedeció a que la paciente así lo requería, por su delicado y complejo estado de salud. Adicional a ello, seguidamente se indicó que la paciente padecía múltiples antecedentes **que significaban riesgos importantes en esa Unidad de Cuidados Intensivos**, como arriba se ilustró.

En tal virtud, debe ser claro que NO se trata de una deficiencia o error en el servicio médico suministrado, pues la explicación del experto concluyó lo siguiente:

El tratamiento administrado fue hecho cuidadosamente y de acuerdo a las guías actuales.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.24.: si bien a mi procurada no le constan ninguna de las manifestaciones de este hecho, se tiene que, conforme a los anexos del escrito demandatorio, lo dicho por el extremo actor NO es cierto. De entrada, se reitera que a mi representada no le constan las presuntas actuaciones adelantadas ante la IPS y EPS

demandadas, dado que se trata de entidades y hechos ajenos a la aseguradora que represento, y que, en consecuencia, deberá acreditar el extremo actor en los términos del artículo 167 del C.G.P.

Respecto a la manifestación según la cual estado de salud de la entonces paciente, derivado por una supuesta mala práctica en el procedimiento quirúrgico del 11 de febrero de 2018, se reitera que NO es cierto, pues el resultado adverso en el estado de la salud de la señora Muñoz Rengifo no tiene ninguna relación causal con el acto médico desplegado por la IPS demanda, debido a que no existió ninguna falla en la prestación del servicio que la nombrada requirió. Por el contrario, sobre el particular el dictamen pericial adjunto a la demanda refirió:

(...) Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados.

*A un integrante del personal de salud se le pueden atribuir responsabilidades por: impericia, negligencia, imprudencia, etc., **que no aparecen en este caso.** (...).*

-

En lo que concierne a las infecciones adquiridas, debe resaltarse que, según el médico especialista, los microorganismos descritos “*aparecen en aquellos pacientes que, por sus condiciones de salud, están en condiciones de inmunidad desventajosa, en un medio donde la **necesaria invasividad** de los tratamientos médicos y quirúrgicos favorecen la entrada de los mismos*”. De este modo, el riesgo de permanencia en UCI obedeció a que la paciente

así lo requería, por su delicado y complejo estado de salud. Adicional a ello, seguidamente se indicó que la paciente padecía múltiples antecedentes **que significaban riesgos importantes en esa Unidad de Cuidados Intensivos**, como arriba se ilustró.

En tal virtud, debe ser claro que NO se trata de una deficiencia o error en el servicio médico suministrado, pues la explicación del experto concluyó lo siguiente:

El tratamiento administrado fue hecho cuidadosamente y de acuerdo a las guías actuales.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.25.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que se trata de una acción presuntamente iniciada contra una entidad distinta a la que represento. En consecuencia, corresponde al extremo actor acreditar su dicho en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.26.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que se refiere a una acción presuntamente iniciada contra una entidad distinta a la que represento. En consecuencia, corresponde al extremo actor acreditar su dicho en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.27.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que se trata de sucesos en los que mi representada no tuvo injerencia ni participación alguna. No obstante, se destaca que dentro de los anexos del escrito demandatorio obra copia del Registro Civil de Defunción con indicativo serial número 08889744, en el que se indica que la señora Patricia Muñoz Rengifo falleció el 17 de agosto de 2018.

Ahora, en cuanto a que el deceso de la nombrada hubiere ocurrido supuestamente por una mala práctica médica se reitera que NO es cierto, pues tal como se indicó de forma detallada y suficiente, en el presente caso se tiene que: **(i)** la cirugía de colelap practicada a la paciente el 11 de febrero de 2018 estuvo acorde a la *lex artis*, tal como se acredita con el dictamen pericial adjunto a la demanda; **(ii)** lo que realmente ocurrió con posterioridad a dicha intervención quirúrgica corresponde a la materialización de una complicación propia del procedimiento quirúrgico que se le practicó en dicha fecha; **(iii)** la señora Muñoz Rengifo padecía múltiples antecedentes que condicionaron su evolución; y **(iv)** en lo concerniente a las infecciones aducidas, se tiene que, como se acreditó, el tratamiento fue suministrado cuidadosamente, por lo que la presencia de tales microorganismos no constituye una falla médica, sino un riesgo asociado a los diferentes procedimientos que se le realizaron.

Corolario de lo expuesto, ninguna falla atribuible a la pasiva se encuentra demostrada -por inexistente- y, en consecuencia, no ha nacido ni podrá nacer la responsabilidad civil de los demandados.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.28.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que se refiere a una acción presuntamente iniciada contra una entidad distinta a la que represento. En consecuencia, corresponde al extremo actor acreditar su dicho en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE A “LOS GASTOS FAMILIARES”:

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.29.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a una presunta vinculación entre el extremo actor y una persona indeterminada, que, por lo mismo, es ajeno a la aseguradora que represento. No obstante, conviene precisar que dentro del plenario no obra ninguna prueba enderezada a acreditar el dicho del extremo actor.

Además, debe advertirse que, estando la señora Patricia Muñoz en una IPS, resulta ilógico que sus familiares aduzcan que supuestamente pagaron una enfermera para que “cuidara” a la nombrada dentro de las instalaciones de dicha IPS, pues la Fundación mantuvo en constante observación a la entonces paciente, y **contó con todo el cuerpo médico necesario para garantizarle la prestación de un servicio integral**. Por tal razón, si la

parte demandante hipotéticamente hubiere realizado esa presunta contratación (que NO está probada fehacientemente), entonces ello **fue a discreción** de los demandantes, pues es inexplicable que estando al interior de una IPS la señora Muñoz Rengifo “necesite” una enfermera adicional.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.30.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a sucesos completamente ajenos a la aseguradora que represento. Sin perjuicio de ello, conviene realizar las siguientes precisiones:

- NO es cierto, o por lo menos no se encuentra acreditado, que los hoy demandantes hubieren tenido que efectuar pago alguno por la supuesta adquisición de medicamentos ordenados a la señora Patricia Muñoz. Debe advertirse que, si la nombrada requirió el suministro de determinados medicamentos, estos debieron corresponder a la instrucción, recomendación y orden de sus médicos tratantes, por lo **que fueron sufragados por la EPS a la que se encontraba la nombrada** (para el caso, Emssanar E.S.S. A.R.S.), pero nunca por los familiares de la actora, de modo que dicho perjuicio nunca se causó.
- Finalmente, debe aclararse que las IPS, como la Fundación Hospital San José de Buga, no tienen la obligación legal de subsidiar y/o brindar medicamentos a ninguno de sus usuarios, acorde con las funciones asignadas a estas instituciones, conforme al artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.31.: a mi procurada no le consta lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a aspectos propios de la esfera íntima de los actores. No obstante, debe advertirse que ninguna de las pruebas adjuntas a la demanda se encuentra enderezada a acreditar la supuesta relación causal entre los presuntos créditos y los gastos en los que la parte actora dice que debió incurrir.

En todo caso, se reitera que los supuestos “*gastos necesarios del cuidado de su madre*”, si hipotéticamente existieron, obedecieron **a la discreción de los actores**, pues si la entonces paciente hubiere requerido medicamentos, servicios médicos, Etc., debieron ser ordenados por sus respectivos médicos tratantes y sufragados por la EPS a la que se encontraba afiliada la señora Patricia Muñoz, razón por la que el perjuicio que pretende acreditarse nunca se causó.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.32.: a mi procurada no le consta lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a aspectos propios de la esfera íntima de los actores. En consecuencia, corresponde al extremo actor acreditar su dicho en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE A LAS “AFECTACIONES A LA VIDA EN RELACIÓN”:

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.33.: a mi procurada no le consta lo manifestado en este hecho, comoquiera que refiere a aspectos propios de la esfera íntima de los actores. En consecuencia, corresponde al extremo actor acreditar su dicho en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL “DICTAMEN PERICIAL”:

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.34.: a mi procurada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, dado que refiere a un documento elaborado por una entidad distinta a la que represento. Sin embargo, una vez revisado el documento, resulta necesario precisar lo siguiente, frente a las aseveraciones de la parte actora:

- **Frente al numeral 1:** NO es cierto, como pretende hacer ver la parte actora, que el perito hubiere concluido que supuestamente las atenciones y conductas adoptadas no fueron oportunas. En primer lugar, debe reiterarse que el especialista advirtió **que no existe registro de una atención previa al 18 de febrero de 2018**, razón por la que no es posible concluir que dicha consulta médica fue errónea o imperita, cuando ningún detalle se conoce sobre el particular.

Lo que omite la parte demandante, es que en efecto la paciente sí recibió atención médica por cirugía general. De hecho, en el acápite titulado “*FEBRERO 2018*” se reseñó lo siguiente, respecto al reingreso sí documentado el 18 de febrero de 2018:

18.
19:22. URGENCIAS. Consulta por dos días de dolor abdominal intenso en hemiabdomen izquierdo y distensión abdominal después de colelap (colecistectomía laparoscópica) hace 7 días (11/02/2018). Ha consultado dos veces por el mismo cuadro (esta es la tercera. Ver nota del 22 02 2018. No hay documentación de las dos consultas previas). Se ordena Analgesia y valoración por cirugía general.
21:24. CIRUGIA GENERAL. Dos días de dolor abdominal, Fiebre y deterioro del estado general. Examen físico: alerta, afebril, FC (frecuencia cardíaca) 80 (normal). FR (frecuencia respiratoria) 15 (normal). Escleras ictéricas (tinción biliar amarilla de la parte blanca del ojo. No es normal). Dolor a la palpación más hacia la izquierda sin Blumberg (signo de irritación peritoneal o peritonitis).
Dx de ingreso: Dolor abdominal en estudio.
Postoperatorio de colelap.
Pancreatitis vs biliperitoneo (bilis libre en el abdomen).
Se ordena estudio de laboratorio y **TAC abdominal contrastado.**

- **Frente al numeral 2:** NO es cierto. La parte actora realiza una transcripción parcializada de la respuesta y explicación del médico. Debe aclararse que, en efecto, el diagnóstico de coleditiasis es silencioso durante varios años, como afirmó el perito en su dictamen. Sin embargo, al advertir que el dolor era ANORMAL y que debía estudiarse su origen, **se refiere al cólico que la paciente cursó previo a la intervención quirúrgica de colelap**, (procedimiento que el médico calificó como adecuado), pues el diagnóstico resulta como hallazgo a esa sintomatología u otras causas, accidentalmente.

Entonces, como la paciente arribó a la institución con una ayuda diagnóstica (ecografía hepatobiliar) que evidenciaba la presencia de cálculos, se procedió a la realización del colelap, pues el origen del dolor anormal, **ya se había identificado**. Sobre el particular, el contenido del dictamen indicó:

*(...) Ingresó el 11 de febrero de 2018 al servicio de urgencias de la IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA por cuadro de cólico en hipocondrio derecho y ecografía que muestra cálculos vesiculares como causa de su dolor y vía biliar principal normal. (...). **Se realizó colecistectomía como era lo debido, reportada como sin complicaciones**. (...).*

- **Frente al numeral 3:** NO es cierto. La parte actora tergiversa las afirmaciones del perito, por lo que se aclara de la siguiente manera

OMITE la parte demandante evidenciar que, según el dictamen, una vez conocido el reporte del radiólogo, respecto al TAC, **“se procedió a realizar una cirugía laparoscópica perfectamente bien indicada”**, afirmación que, contrario a lo indicado por la parte actora demuestra: (i) un proceder diligente, perito y oportuno, y (ii) una conducta médica adecuada y conforme a la *lex artis*, al haberse decidido el procedimiento correcto.

Ahora, en lo que refiere a la presunta dilación, omite también la parte actora evidencia que el perito fue enfático al indicar “(...) esas 48 horas hubieran favorecido a la paciente, **pero no cambiarían el desenlace**”. Lo anterior, por cuanto, según el especialista explicó, la condición de salud de la paciente fue dada por las múltiples patologías que ya padecía.

- **Frente al numeral 4 y 11:** NO es cierto. Resulta imposible concluir lo dicho por la parte demandante, a partir del dictamen adjunto a la demanda.

En primer lugar, la fístula biliar corresponde solo a una de las posibles complicaciones asociadas a la cirugía de colelap, sin embargo, debe advertirse que, contrario a lo dicho por la actora, el perito indicó que en este caso **sí ocurrió una fístula biliar por desalojo de clips del cístico**, tal como se ve enseguida:

Complicaciones de una colelap: las complicaciones pueden ser múltiples, afortunadamente no son tan frecuentes.
Lesión de la vía biliar principal.
Lesión hepática por trauma con uno de los instrumentos.
Lesión de la arteria hepática o la vena porta.
Lesión del tubo digestivo.
Colección del lecho hepático por canalículos biliares pequeños.
Fistula biliar por desalojo de clips del cístico (complicación de la paciente)
Sangrado por desalojo de clips de la arteria cística vesicular.
Sangrado lecho hepático en vesículas muy adheridas al hígado (caso de la paciente).
Sangrado en sitio de entrada de trocares en la pared abdominal.
Herniación en sitio de trocares.
Complicaciones anestésicas.

De hecho, explicó que dicha complicación se explica por el cuadro inflamatorio que cursó la señora Muñoz Rengifo:

Igualmente, ES FALSO que pueda inferirse “un mal hacer médico en dicho procedimiento”, pues el mismo perito indicó que la técnica empleada **“estuvo acorde con la lex artis”**:

- c. En la descripción a continuación no hay nada que permita decir algo en contra de la técnica de la colelap realizada. Estuvo acorde con la lex artis.

HALLAZGOS OPERATORIOS
PANICULO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL AUMENTADO, VESICULA BILIAR CON PAREDES ENGROSADAS Y CALCULOS EN SU INTERIOR, CISTICO DILATADO, HIGADO FRIABLE Y DE SANGRADO FACIL
TECNICA QUIRURGICA
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, INSERCCION DE TROCAR UMBILICAL CON TECNICA ABIERTA, INSERCCION DE NEUMOPERITONEO Y DEMAS TROCARES BAJO VISION DIRECTA, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA ANTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION Y LIGADURA DE CONDUCTO CISTICO CON 4 CLIPS, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA POSTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION CISTICOFUNDICA DE LA VESICULA LIBERANDOLA DEL LECHO HEPATICO, EXERESIS DE PIEZA QUIRURGICA, CONTROL DE HEMOSTASIA DEL LECHO HEPATICO CON ELECTROCAUTERIO, SE CORROBORA HEMOSTASIA, LAVADO DE CAVIDAD CON SSN TIBIA HASTA RETORNO CLARO, EXTRACCION DE TROCARES Y NEUMOPERITONEO BAJO VISION DIRECTA, CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 0 Y PIEL CON PROLENE 3-0, SANGRADO MINIMO, COMPRESAS COMPLETAS, NO COMPLICACIONES.

- **Frente a los numerales 5, 6 y 9:** NO ES CIERTO. Nuevamente, OMITE el extremo actor reseñar las conclusiones íntegras del dictamen, pues además de que se indicó que el procedimiento de colelap **“estuvo acorde con la lex artis”**, el médico también señaló que la evolución de la paciente no depende únicamente del proceder del médico tratante. Para el caso concreto puntualizó:

*“(…) el resultado definitivo no solo depende del cirujano **sino de factores otros como:**”*

Anomalías anatómicas de la vía biliar que son muy frecuentes.

Inflamación de las estructuras en cuestión como la vesícula en este caso.

Friabilidad del hígado como en este caso.

Adherencia y fibrosis por inflamación crónica muy frecuentes.

Adherencias y fibrosis de cirugía previas.

Obesidad de la paciente como en este caso.

Cirugía urgente vs electiva como en este caso.

Dificultad en la exposición de las estructuras por inflamación y sangrado como en este caso.

Impericia del cirujano y/o de los demás participantes en la cirugía.

Enfermedades asociadas del paciente que aumentan el riesgo como en este caso: diabetes, cáncer, obesidad.

Otras.

- **Frente a los numerales 7 y 8:** no es cierto. Cabe resaltar que el perito de forma expresa indica que lo ocurrido a la paciente correspondió en su totalidad a **RIESGOS FRECUENTES**, y que, para el caso concreto, no existió impericia, negligencia ni imprudencia:

*(...) **Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados.***

*A un integrante del personal de salud se le pueden atribuir responsabilidades por: impericia, negligencia, imprudencia, etc., **que no aparecen en este caso.** (...).*

- **Frente al numeral 10 y 12:** NO ES CIERTO. Se trata, de nuevo, de una transcripción parcializada y tergiversada de las conclusiones y/o respuestas del dictamen. Contrario a lo manifestado en este numeral, el médico indicó que el tratamiento administrado **FUE HECHO CUIDADOSAMENTE Y DE ACUERDO A LAS GUÍAS ACTUALES:**

El tratamiento administrado fue hecho cuidadosamente y de acuerdo a las guías actuales.

Explicó el médico especialista que los microorganismos “*aparecen en aquellos pacientes que, por sus condiciones de salud, están en condiciones de inmunidad desventajosa, en un medio donde la **necesaria invasividad** de los tratamientos médicos y quirúrgicos favorecen la entrada de los mismos*”. De este modo, el riesgo de permanencia en UCI obedeció a que la paciente así lo requería, por su delicado y complejo estado de salud. Adicional a ello, seguidamente se indicó que la paciente padecía múltiples antecedentes **que significaban riesgos importantes en esa Unidad de Cuidados Intensivos:**

La paciente tenía antecedentes como:

- Diabetes mellitus 2. El antecedente de riesgo más frecuente en una UCI.
- Cáncer de mama. Un cáncer puede haber sido tratado pero la carga genética del paciente canceroso siempre lo pondrá en condiciones de desventaja.
- Obesidad. Factor de riesgo de mortalidad en UCI. Hoy en día con el virus COVID 19 es un marcado de alto riesgo de mortalidad.
- Tuvo una filtración biliar a partir del muñón del conducto cístico y a partir de allí se hizo la primera infección.
- Secundario a lo anterior, debió ingresar a UCI y sobrevienen los gérmenes ya señalados por usted.

En tal virtud, debe ser claro que NO se trató de una deficiencia o error en el servicio médico suministrado.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 3.1.: ME OPONGO de manera rotunda a la declaratoria de responsabilidad civil del extremo pasivo del litigio, comoquiera que no concurren los elementos configurativos de la responsabilidad civil extracontractual, **por inexistencia de la supuesta falla en la prestación del servicio médico prestado a la señora Patricia Muñoz Rengifo**, comoquiera que: (i) el procedimiento quirúrgico de colelap fue debidamente ordenado; (ii) la técnica empleada en dicha intervención quirúrgica estuvo acorde a la *lex artis*, como se indicó en el dictamen pericial adjunto a la demanda; (iii) el evento adverso a la salud de la nombrada correspondió en realidad a la materialización de una complicación propia del procedimiento que se realizó; y (iv) la evolución de la paciente estuvo condicionada a sus múltiples patologías y afecciones de salud que ya padecía, y que, por tanto, son ajenas al acto médico. De este modo, y siendo que la obligación de los profesionales en salud para estos casos es de medio y no de resultado, no puede existir responsabilidad de las instituciones en comento, cuando no se evidencia falla alguna en la prestación de los servicios, pese a que el diagnóstico, evolución o resultado de la intervención médica resulten adversos.

En lo que concierne a mi procurada, resulta necesario realizar las siguientes manifestaciones, anticipando, en todo caso, que no existe ninguna obligación indemnizatoria a su cargo:

Lo primero que debe aclararse es que mi procurada expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027, en la que funge como tomador y asegurado la Fundación Hospital San José de Buga, mediante la cual se amparó, entre otras, la responsabilidad civil profesional médica de dicha institución, y que comprendió las siguientes vigencias:

Número documento	Vigencia
Anexo 0	Del 30/08/2019 al 30/08/2020
Anexo 4	Del 30/08/2020 al 30/08/2021
Anexo 6	Del 30/08/2021 al 30/08/2022
Anexo 10	Del 30/08/2022 al 30/08/2023

Dicho contrato de seguro se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made*, con un periodo de retroactividad a partir del 30 de agosto de 2017:

En virtud de lo anterior, la póliza solo podrá afectarse cuando concurren los siguientes

RETROACTIVIDAD:
El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 30 de Agosto de 2017. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

presupuestos: **(i)** que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y **(ii)**, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. **Bajo este entendido, el juez deberá verificar el cumplimiento estricto de tales requisitos.**

No obstante, desde ya se advierte que **el contrato de seguro en cuestión no ofrece cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que, **(i)** tal como en líneas siguientes se explicará en detalle, la entidad asegurada incumplió las garantías estipuladas en la póliza, relacionadas con el diligenciamiento de la historia clínica. En tal virtud, y conforme a lo dispuesto en el artículo 1061 del Código de Comercio, no existe obligación indemnizatoria alguna a cargo de mi procurada; y **(ii)** de todos modos, no se realizó el riesgo asegurado en la mentada póliza, comoquiera que la responsabilidad que pretende atribuirse a la entidad asegurada NO se acreditó.

En cualquier caso, se aclara que, si hipotéticamente se prohiriera un fallo condenatorio, teniendo en cuenta que según los anexos de la demanda la reclamación al asegurado se efectuó el 14 de enero de 2020, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, **el único contrato de seguro que podría afectarse corresponde al documentado en el Anexo 0, que comprende la vigencia entre el 30 de agosto de 2019 al 30 de agosto de 2020**, y en todo caso, una eventual condena a la aseguradora, **deberá circunscribirse a los términos de su cobertura, alcances otorgados, deducible y exclusiones pactadas.**

Finalmente, se advierte que entre mi procurada y las demás integrantes de la pasiva NO EXISTE ningún tipo de solidaridad, tal como se explicará en la correspondiente excepción, por lo que resulta improcedente una pretensión en tal sentido.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 3.2.: corolario de lo expuesto, me opongo a que se condene a la pasiva, y específicamente, a mi representada, al reconocimiento y pago de las sumas pretendidas por el extremo actor, frente a las cuales procedo a pronunciarme puntualmente así:

FRENTE A LOS NUMERALES 3.2.1. Y 3.2.1.1. “DAÑO EMERGENTE PASADO”: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de \$63.673.474, comoquiera que, primero, no se estructuró la responsabilidad civil de la pasiva y, por tanto, no nace su obligación indemnizatoria, y segundo, porque en todo caso, no se acreditó fehacientemente la causación del perjuicio ni su supuesta cuantía. En efecto, aduce el extremo actor que incurrió en unos supuestos gastos por concepto de servicio de enfermería, medicamentos, pañales, gastos de mantenimiento del grupo familiar, Etc., sin embargo, sobre el particular debe advertirse que: (i) estando la señora Patricia Muñoz en una IPS, resulta ilógico que sus familiares aduzcan que supuestamente pagaron una enfermera para que “cuidara” a la nombrada dentro de las instalaciones de dicha IPS, pues la Fundación mantuvo en constante observación a la entonces paciente, y contó con todo el cuerpo médico necesario para garantizarle la prestación de un servicio integral. Por tal razón, si la parte demandante hipotéticamente hubiere realizado esa presunta contratación (que NO está probada fehacientemente), entonces ello fue a discreción de los demandantes, pues es inexplicable que estando al interior de una IPS la señora Muñoz Rengifo “necesite” una enfermera adicional; (ii) NO es cierto, o por lo menos no se encuentra acreditado, que los hoy demandantes hubieren tenido que efectuar pago alguno por la supuesta adquisición de medicamentos ordenados a la señora Patricia Muñoz. Debe advertirse que, si la nombrada requirió el suministro de determinados medicamentos, estos debieron corresponder a la instrucción, recomendación y orden de sus médicos tratantes, por lo que fueron sufragados por la EPS a la que se encontraba la nombrada (para el caso, Emssanar E.S.S. A.R.S.), pero nunca por los familiares de la actora, de modo que dicho perjuicio nunca se causó; (iii) ninguna de las pruebas adjuntas a la demanda se encuentra enderezada a acreditar la supuesta relación causal entre los presuntos créditos y los gastos en los que la parte actora dice que debió incurrir; y (iv) los supuestos “*gastos necesarios del cuidado de*” la señora Patricia Muñoz, si hipotéticamente existieron, obedecieron a la discreción de los actores, pues si la entonces paciente hubiere requerido medicamentos, servicios médicos, Etc., debieron ser ordenados por sus respectivos médicos tratantes y sufragados por la EPS a la que se encontraba afiliada la señora Patricia Muñoz, razón por la que el perjuicio que pretende acreditarse nunca se causó.

FRENTE AL NUMERAL 3.2.1.2. “LUCRO CESANTE”: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de \$148.770.338, comoquiera que, primero, no se estructuró la responsabilidad civil de la pasiva y, por tanto, no nace su obligación indemnizatoria, y segundo, porque en todo caso, tal pedimento resulta abiertamente improcedente, al no concurrir los presupuestos necesarios para acceder al reconocimiento de tal perjuicio. En

efecto, y, en primer lugar, se tiene que, según la consulta realizada en el Registro Único de Afiliados RUAF, la señora Patricia Muñoz se encontraba en el régimen de salud subsidiado desde el 2014 y no reportaba ningún aporte a pensión, circunstancia que demuestra que la nombrada **no realizaba ninguna actividad económica** para el momento de ocurrencia de los hechos, lo que, por ese simple hecho, torna inviable la pretensión del lucro cesante. Pero adicional a lo anterior, debe resaltarse que dentro del plenario **no se acredita la supuesta dependencia económica** de los demandantes, respecto a la señora Muñoz Rengifo, y por lo mismo, no existe ningún fundamento jurídico para reconocer el mentado perjuicio. En efecto, debe recordarse que la jurisprudencia ha sido enfática al indicar que cuando se demanda la indemnización del daño, en su modalidad de lucro cesante, proveniente del fallecimiento de una persona, **la misma emerge, en principio, de la dependencia económica del peticionario con la víctima¹, circunstancia que a aquél le incumbe acreditar.²**

Adicional a ello, se tiene que, respecto a la demandante, señora Diana Marcela Blandón, en calidad de hija de la señora Patricia Muñoz, tampoco se cumplen los presupuestos necesarios para tener por acreditada la causación del perjuicio. En efecto, de acuerdo con las reglas de la experiencia, y acorde con los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia³, el lucro cesante se causaría hipotéticamente en favor de los hijos hasta que logran la mayoría de edad (18 años), momento a partir del cual estos procuran su propio sostenimiento, y solo podría extenderse eventualmente hasta los 25 años, únicamente si se acreditara que el hijo continúa en etapa formativa. Sin embargo, en el caso concreto, se tiene que para la fecha en que ocurrió el deceso de la señora Muñoz Rengifo, la demandante ya contaba con la edad de 37 años, **sin que se acreditaran otros supuestos fácticos, siquiera indiciarios de dependencia económica**, por lo que evidentemente ningún fundamento jurídico existe para el reconocimiento de tal perjuicio, que como se observa, no se causó⁴.

Corolario de todo lo expuesto, se tiene entonces que no concurren ninguno de los presupuestos necesarios para que el despacho acceda a la pretensión de la parte actora.

FRENTE AL NUMERAL 3.2.2. “PERJUICIOS INMATERIALES”:

FRENTE AL NUMERAL 3.2.2.1. “DAÑO MORAL”: me opongo de manera rotunda al

¹ Al respecto, La Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC11149-2015 señaló: “Nótese a este respecto que la tajante proposición que ha sido referida ha merecido diversas puntualizaciones en las cuales la Corte ha exigido, las más de las veces, **la demostración directa de la «dependencia económica», esto es de que se recibía el «apoyo efectivo» del difunto o incapacitado;** o a lo menos de que se dan **en concreto** todos los elementos de la obligación alimentaria, estableciendo al efecto que **«no basta la simple condición de acreedor alimentario en el demandante para que la muerte por accidente de su [pariente] le cause un perjuicio actual y cierto, sino que se requiere además la demostración plena de que aquél recibía la asistencia a que por ese concepto le da derecho la ley, o que cuando menos se encontraba en situación tal que lo capacitara par**

² Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC15996-2016 de noviembre 29 de 2016. MP Luis Alonso Rico Puerta

³ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC15996 de 29 de noviembre de 2016. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC15996 de 2016: “A su vez, el periodo indemnizable a tener en cuenta para ellos [refiriéndose a los hijos], se extenderá hasta la edad límite de 25 años, como también lo plantea la parte demandante, pues de conformidad con la doctrina de esta Corporación, normalmente a ese momento de la existencia se culmina la educación superior, y **la persona ya se halla en capacidad de valerse por sí misma**”. (Énfasis propio).

reconocimiento y pago de la suma de 100 SMLMV en favor de cada uno de los demandantes, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva, y, por ende, no surge su obligación indemnizatoria. Pero además de lo anterior, si en gracia de discusión resultara probada la supuesta falla en que incurrió la pasiva, las sumas reclamadas son abiertamente desproporcionadas y contrarían los parámetros que jurisprudencialmente se han dictado sobre el asunto. En efecto, debe precisarse que la Corte Suprema de Justicia ha accedido al reconocimiento de sumas equivalentes a sesenta millones de pesos (\$60.000.000)⁵, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido, de manera que es inadmisble considerar que podría obtenerse lo pedido en los términos de la parte actora, que supera ampliamente dicha suma, **máxime cuando no se trata siquiera del núcleo primario de la víctima.**

FRENTE AL NUMERAL 3.2.2.2. “DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN (DAÑO FISIOLÓGICO, DAÑO A LA SALUD O PERJUICIO GRAVE A LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA)”: me opongo al reconocimiento y pago de las sumas pretendidas por los actores, primero, porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria a su cargo; y segundo, porque en todo caso, **no se acreditaron los presupuestos necesarios** para acceder al mismo, dado que no existe **ninguna presunción** que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio⁶. Pero además de lo anterior, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada, y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia, teniendo en cuenta que la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a treinta millones de pesos (\$30.000.000)⁷ por este perjuicio, **como consecuencia del fallecimiento de un ser querido**⁸, por lo que resulta evidentemente desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor, **máxime cuando no se trata siquiera del núcleo primario de la víctima.**

FRENTE AL NUMERAL 3.2.2.3. “DAÑOS A BIENES O DERECHOS CONSTITUCIONALMENTE AMPARADOS”: me opongo al reconocimiento y pago de las sumas pretendidas por concepto de daños a bienes jurídicos de especial protección constitucional, primero, porque no existe responsabilidad civil de la pasiva y por tanto, no nace su obligación indemnizatoria, y segundo, porque en todo caso no puede accederse al reconocimiento del daño a intereses constitucionales de especial protección que no se causaron, **máxime cuando el eventual perjuicio es susceptible de ser reconocido bajo otros conceptos, ya establecidos jurisprudencialmente.** Como consecuencia de lo

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.

⁸ En el fallo referenciado se resolvió: “Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos (\$669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos (\$60.000.000) y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos (\$30.000.000)”.

anterior, es claro que: **(i)** NO hay lugar al reconocimiento del perjuicio, comoquiera que no se estructuró la responsabilidad civil de la pasiva, y **(ii)** en cualquier caso, no se encuentran estructurados los presupuestos necesarios para acceder al reconocimiento del mismo.

FRENTE AL NUMERAL 3.2.2.4. “DAÑO POR PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD”: me opongo al reconocimiento y pago de las sumas pretendidas por concepto de pérdida de oportunidad, primero, porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria a su cargo, y segundo, porque en todo caso, **no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder al mismo**. Resulta valioso llamar la atención del despacho, para advertir el interés y el afán de lucro injustificado de la parte actora, al pretender sumas de dinero por perjuicios abiertamente improcedentes, cuyos presupuestos estructurantes **no concurren de ninguna manera**. Para el caso en particular, es evidente que ninguna pérdida de oportunidad sufrió la demandante, y, de hecho, ni siquiera la parte actora explica cómo es que el supuesto perjuicio se causó.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

En los términos del artículo 206 del C.G.P., me permito objetar el juramento estimatorio realizado por el apoderado judicial de la parte demandante, por los siguientes motivos:

Las pretensiones de la demanda, se sustentan todas en la supuesta responsabilidad del extremo pasivo del litigio, con ocasión a la atención médica que se suministró a la señora Patricia Muñoz, sin embargo y como con amplitud se ha demostrado en la contestación de esta demanda, no concurren los elementos configurativos de la responsabilidad civil extracontractual, **por inexistencia de la supuesta falla en la prestación del servicio médico prestado a la nombrada**. En ese sentido, no puede prosperar la estimación de perjuicios, dado que ante la ausencia de la responsabilidad de resarcir los mismos, está llamada a fracasar cualquier acción en que se pretenda una indemnización. En ese orden, procedo a referirme a las pretensiones del extremo actor, así:

RESPECTO AL DAÑO EMERGENTE: como atrás se hizo referencia, no es procedente reconocer suma alguna a la demandante por este concepto, comoquiera que no existe responsabilidad a cargo de la parte pasiva, de la cual surja una obligación indemnizatoria. No obstante, en el remoto e improbable caso en que se profiera un fallo adverso a esta parte, resulta necesario manifestar al despacho que la suma reclamada debe, necesariamente ajustarse al valor real del presunto perjuicio y a lo debidamente probado en el curso del proceso. En ese sentido, vale la pena anotar que, según la parte actora, incurrió en unos supuestos gastos por concepto de servicio de enfermería, medicamentos, pañales, gastos de mantenimiento del grupo familiar, Etc., sin embargo, sobre el particular debe advertirse que: **(i)** estando la señora Patricia Muñoz en una IPS, resulta ilógico que

sus familiares aduzcan que supuestamente pagaron una enfermera para que “cuidara” a la nombrada dentro de las instalaciones de dicha IPS, pues la Fundación mantuvo en constante observación a la entonces paciente, y **contó con todo el cuerpo médico necesario para garantizarle la prestación de un servicio integral**. Por tal razón, si la parte demandante hipotéticamente hubiere realizado esa presunta contratación (que NO está probada fehacientemente), entonces ello **fue a discreción** de los demandantes, pues es inexplicable que estando al interior de una IPS la señora Muñoz Rengifo “necesite” una enfermera adicional; (ii) NO es cierto, o por lo menos no se encuentra acreditado, que los hoy demandantes hubieren tenido que efectuar pago alguno por la supuesta adquisición de medicamentos ordenados a la señora Patricia Muñoz. Debe advertirse que, si la nombrada requirió el suministro de determinados medicamentos, estos debieron corresponder a la instrucción, recomendación y orden de sus médicos tratantes, por lo que **fueron sufragados por la EPS a la que se encontraba la nombrada** (para el caso, Emssanar E.S.S. A.R.S.), pero nunca por los familiares de la actora, de modo que dicho perjuicio nunca se causó; (iii) ninguna de las pruebas adjuntas a la demanda se encuentra enderezada a acreditar la supuesta relación causal entre los presuntos créditos y los gastos en los que la parte actora dice que debió incurrir; y (iv) los supuestos “*gastos necesarios del cuidado de*” la señora Patricia Muñoz, si hipotéticamente existieron, obedecieron **a la discreción de los actores**, pues si la entonces paciente hubiere requerido medicamentos, servicios médicos, Etc., debieron ser ordenados por sus respectivos médicos tratantes y sufragados por la EPS a la que se encontraba afiliada la señora Patricia Muñoz, razón por la que el perjuicio que pretende acreditarse nunca se causó.

RESPECTO AL LUCRO CESANTE: en igual sentido, es improcedente cualquier reconocimiento por concepto de lucro cesante, primero, no se estructuró la responsabilidad civil de la pasiva y, por tanto, no nace su obligación indemnizatoria, y segundo, porque en todo caso, tal pedimento resulta improcedente al no concurrir los presupuestos necesarios para acceder al reconocimiento de tal perjuicio. En efecto, y, en primer lugar, se tiene que, según la consulta realizada en el Registro Único de Afiliados RUAF, la señora Patricia Muñoz se encontraba en el régimen de salud subsidiado desde el 2014 y no reportaba ningún aporte a pensión, circunstancia que demuestra que la nombrada **no realizaba ninguna actividad económica** para el momento de ocurrencia de los hechos, lo que, por ese simple hecho, torna inviable la pretensión del lucro cesante. Pero adicional a lo anterior, debe resaltarse que dentro del plenario **no se acredita la supuesta dependencia económica** de los demandantes, respecto a la señora Muñoz Rengifo, y por lo mismo, no existe ningún fundamento jurídico para reconocer el mentado perjuicio. En efecto, debe recordarse que la jurisprudencia ha sido enfática al indicar que cuando se demanda la indemnización del daño, en su modalidad de lucro cesante, proveniente del fallecimiento de una persona, **la misma emerge, en principio, de la dependencia económica del**

peticionario con la víctima⁹, circunstancia que a aquél le incumbe acreditar.¹⁰

Adicional a ello, se tiene que, respecto a la demandante, señora Diana Marcela Blandón, en calidad de hija de la señora Patricia Muñoz, tampoco se cumplen los presupuestos necesarios para tener por acreditada la causación del perjuicio. En efecto, de acuerdo con las reglas de la experiencia, y acorde con los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia¹¹, el lucro cesante se causaría hipotéticamente en favor de los hijos hasta que logran la mayoría de edad (18 años), momento a partir del cual estos procuran su propio sostenimiento, y solo podría extenderse eventualmente hasta los 25 años, únicamente si se acreditara que el hijo continúa en etapa formativa. Sin embargo, en el caso concreto, se tiene que para la fecha en que ocurrió el deceso de la señora Muñoz Rengifo, la demandante ya contaba con la edad de 37 años, sin que se acreditaran otros supuestos fácticos, siquiera indiciarios de dependencia económica, por lo que evidentemente ningún fundamento jurídico existe para el reconocimiento de tal perjuicio, que como se observa, no se causó¹². Corolario de todo lo expuesto, se tiene entonces, que no concurren ninguno de los presupuestos necesarios para que el despacho acceda a la pretensión de la parte actora.

Corolario de lo expuesto, el juramento estimatorio no puede surtir los efectos previstos en el artículo 206 del C.G.P. y, por tanto, no puede servir de prueba sobre el monto de los perjuicios que en el escrito demandatorio se pretenden.

IV. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA EXCEPCIONES FRENTE A LA RESPONSABILIDAD CIVIL

1. LAS ACTUACIONES MÉDICAS DESPLEGADAS POR LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA FUERON PERITAS, DILIGENTES Y OPORTUNAS

En el presente caso, resulta imposible atribuir responsabilidad civil a la pasiva, y específicamente, a Fundación Hospital San José de Buga, comoquiera que, según las pruebas obrantes en el plenario, el actuar de dicha institución fue perito y diligente, y se ajustó a los protocolos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las patologías

⁹ Al respecto, La Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC11149-2015 señaló: “Nótese a este respecto que la tajante proposición que ha sido referida ha merecido diversas puntualizaciones en las cuales la Corte ha exigido, las más de las veces, la demostración directa de la «dependencia económica», esto es de que se recibía el «apoyo efectivo» del difunto o incapacitado; o a lo menos de que se dan en concreto todos los elementos de la obligación alimentaria, estableciendo al efecto que «no basta la simple condición de acreedor alimentario en el demandante para que la muerte por accidente de su [pariente] le cause un perjuicio actual y cierto, sino que se requiere además la demostración plena de que aquél recibía la asistencia a que por ese concepto le da derecho la ley, o que cuando menos se encontraba en situación tal que lo capacitara para demandarla y obtenerla y que aquella estaba en capacidad económica para suministrársela». (Énfasis propio).

¹⁰ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC15996-2016 de noviembre 29 de 2016. MP Luis Alonso Rico Puerta

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC15996 de 29 de noviembre de 2016. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

¹² Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC15996 de 2016: “A su vez, el periodo indemnizable a tener en cuenta para ellos [refiriéndose a los hijos], se extenderá hasta la edad límite de 25 años, como también lo plantea la parte demandante, pues de conformidad con la doctrina de esta Corporación, normalmente a ese momento de la existencia se culmina la educación superior, y la persona ya se halla en capacidad de valerse por sí misma”. (Énfasis propio).

padecidas por la señora Patricia Muñoz, comoquiera que: **(i)** el diagnóstico de la patología fue oportuno y acertado; **(ii)** los procedimientos quirúrgicos fueron ordenados y practicados sin dilación alguna; **(iii)** la intervención quirúrgica de colelap practicada el 11 de febrero de 2018 (que supuestamente adolece de error médico) se llevó a cabo de manera adecuada, y **(iv)** el tratamiento fue suministrado de forma correcta, como se acreditó con el dictamen pericial adjunto a la demanda.

En efecto, resulta necesario resaltar que, según la historia clínica, la señora Muñoz Rengifo consultó en la fecha indicada por presentar dolor abdominal tipo cólico, con ecografía hepatobiliar que advirtió la presencia de cálculos en la vesícula. Ante ese panorama, de forma acertada, la institución procedió con la realización del procedimiento denominado colecistectomía. Sobre el particular, se destaca que el dictamen pericial elaborado por la Universidad CES y adjunto al escrito demandatorio, indica:

*(...) Ingresa el 11 de febrero de 2018 al servicio de urgencias de la IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA por cuadro de cólico en hipocondrio derecho y ecografía que muestra cálculos vesiculares como causa de su dolor y vía biliar principal normal. (...). **Se realizó colecistectomía como era lo debido, reportada como sin complicaciones.** (...).*

Igualmente, debe advertirse que, como dicha prueba pericial afirmó, la técnica empleada **“estuvo acorde con la lex artis”**:

- c. En la descripción a continuación no hay nada que permita decir algo en contra de la técnica de la colelap realizada. Estuvo acorde con la lex artis.

HALLAZGOS OPERATORIOS
PANICULO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL AUMENTADO, VESICULA BILIAR CON PAREDES ENGROSADAS Y CALCULOS EN SU INTERIOR, CISTICO DILATADO, HIGADO FRIABLE Y DE SANGRADO FACIL
TECNICA QUIRURGICA
ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA, INSERCCION DE TROCAR UMBILICAL CON TECNICA ABIERTA, INSERCCION DE NEUMOPERITONEO Y DEMAS TROCARES BAJO VISION DIRECTA, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA ANTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION Y LIGADURA DE CONDUCTO CISTICO CON 4 CLIPS, DISECCION Y LIGADURA DE ARTERIA CISTICA POSTERIOR CON 1 CLIP, DISECCION CISTICOFUNDICA DE LA VESICULA LIBERANDOLA DEL LEGHO HEPATICO, EXERESIS DE PIEZA QUIRURGICA, CONTROL DE HEMOSTASIA DEL LECHO HEPATICO CON ELECTROCAUTERIO, SE CORROBORA HEMOSTASIA, LAVADO DE CAVIDAD CON SSN TIBIA HASTA RETORNO CLARO, EXTRACCION DE TROCARES Y NEUMOPERITONEO BAJO VISION DIRECTA, CIERRE DE FASCIA CON PROLENE 0 Y PIEL CON PROLENE 3-0, SANGRADO MINIMO, COMPRESAS COMPLETAS, NO COMPLICACIONES.

Como consecuencia de lo anterior, esto es, de la ausencia de error en el diagnóstico y en la práctica de la mentada intervención quirúrgica, es claro que el lamentable estado de la salud de la señora Muñoz Rengifo **obedeció a factores externos y ajenos al acto médico, puntualmente, a la materialización de una complicación quirúrgica, propia del procedimiento**. Sobre este asunto, debe igualmente resaltarse lo dicho por el especialista en su dictamen, que confirma que la atención de dicha complicación, esto es, el servicio médico dispensado con posterioridad al 11 de febrero de 2018, fue adecuado:

El tratamiento administrado fue hecho cuidadosamente y de acuerdo a las guías actuales.

Todas las anotaciones anteriores, de forma unánime permiten concluir que el servicio médico se ajustó a los protocolos y guías vigentes, para el tratamiento de patologías y cuadros clínicos como el de la señora Patricia Muñoz. De forma más concluyente, y para advertir la ausencia total de falla o error en el servicio médico, el doctor Adolfo León Uribe afirmó categóricamente:

*(...) **Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados.***

*A un integrante del personal de salud se le pueden atribuir responsabilidades por: impericia, negligencia, imprudencia, etc., **que no aparecen en este caso.** (...).*

Como consecuencia de lo anterior, es evidente que la atención médica que se suministró al demandante, a cargo de Fundación Hospital San José de Buga, fue diligente y oportuna, y la supuesta falla o error médico es inexistente, y, por tanto, no ha nacido ni podrá nacer la responsabilidad civil que infundadamente pretende atribuirse a la pasiva.

2. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE NEXO CAUSAL ENTRE EL DAÑO QUE PRETENDE SER INDEMNIZADO Y LA CONDUCTA MÉDICA DESPLEGADA POR FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

En el presente caso, y como ha sido acreditado, **no concurren los presupuestos indispensables para que se estructure la responsabilidad civil que se persigue**, comoquiera que: **(i)** NO existe una falla o error atribuible a la IPS demandada en la prestación del servicio médico requerido por la señora Patricia Muñoz, dado que dicha institución determinó de forma oportuna el diagnóstico de la nombrada, suministraron diligentemente el tratamiento que requería y dispensaron todos los servicios necesarios en procurada de salud, y **(ii)** porque además NO se acreditó la relación causal entre su condición de salud y la conducta desplegada por la pasiva, dado que, el lamentable deterioro en la salud de la nombrada obedeció exclusivamente a la materialización de una complicación propia del acto médico realizado, y a las varias patologías que padecía, y no a ningún acto médico desplegado por la pasiva.

De entrada, resulta necesario destacar que para la imputación que hoy se pretende, era necesario que el actor demostrara la concurrencia de los elementos configurativos de la aludida responsabilidad civil, esto es, el hecho dañoso, el daño y la relación causal entre el primero y segundo elemento enunciado. Así tiene dicho la jurisprudencia de la Corte

Suprema de Justicia:

*En las reclamaciones de índole extracontractual ... son tres los elementos concurrentes a establecer: el hecho dañoso o culpa, el daño y la relación de causalidad. Bajo ese escenario, la defensa de quien se le imputa la lesión debe estar encaminada a **desvirtuar la presencia de al menos uno de tales supuestos, ya sea porque no se produjo alguna afectación; si a pesar de haberse presentado no obedeció a un comportamiento culposo suyo, (...) o toda vez que no fue una consecuencia directa o exclusiva de su proceder**¹³.*

Respecto de la responsabilidad civil derivada propiamente del acto médico, la Corte Suprema de Justicia¹⁴ ha señalado:

*A pesar de los avances en todos los campos, la complejidad del cuerpo humano impide que hoy en día la medicina sea una ciencia exacta, de ahí que se estime que **su práctica, en términos generales, corresponde a una obligación de medio.***

*Es por eso que **solo si se verifica una mala praxis surge la obligación de reparar,** entre otros eventos, cuando se deja de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí, **siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexos causal que contempla la ley.** (Negritas propias).*

Bajo ese presupuesto fáctico y jurídico, para la declaratoria de dicha responsabilidad debían concurrir los elementos anunciados. Sin embargo, en el caso particular, dichos elementos no concurren, dado que, conforme a la historia clínica del entonces paciente, y conforme al dictamen pericial adjunto a la demanda, se tiene que: (i) el estado adverso de salud de la paciente obedeció a la materialización de una complicación médica; (ii) el actuar de la Fundación Hospital San José de Buga fue diligente, oportuno y perito, como arriba se indicó, y (iii) por lo mismo, las conductas desplegadas por la nombrada institución NO incidieron en el estado de salud de la entonces paciente.

En efecto, en el caso concreto se tiene que la señora Muñoz Rengifo presentó complicaciones relacionadas con fístula biliar y sangrado de lecho hepático, complicaciones sobre las cuales en el dictamen pericial en cuestión se indicó:

¹³ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC4427 de 23 de noviembre de 2020.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC8219-2016, radicación 11001-31-03-039-2003-00546-01 de 20 de junio de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

Complicaciones de una colelap: las complicaciones pueden ser múltiples, afortunadamente no son tan frecuentes.

Lesión de la vía biliar principal.

Lesión hepática por trauma con uno de los instrumentos.

Lesión de la arteria hepática o la vena porta.

Lesión del tubo digestivo.

Colección del lecho hepático por canalículos biliares pequeños.

Fistula biliar por desalojo de clips del cístico (complicación de la paciente)

Sangrado por desalojo de clips de la arteria cística vesicular.

Sangrado lecho hepático en vesículas muy adheridas al hígado (caso de la paciente).

Sangrado en sitio de entrada de trocates en la pared abdominal.

Herniación en sitio de trocates.

Complicaciones anestésicas.

Sin embargo, debe reiterarse que **ninguna de las complicaciones presentadas obedece a un error médico**, pues como ya se dijo, sobre la técnica empleada, el especialista indicó que **“estuvo acorde con la lex artis”**:

- c. En la descripción a continuación no hay nada que permita decir algo en contra de la técnica de la colelap realizada. Estuvo acorde con la lex artis.

Como consecuencia de ello, lo que debe ser claro, es que, tal como se explicó en dicho dictamen pericial, *“el resultado definitivo no solo depende del cirujano **sino de factores otros como:**”*

Anomalías anatómicas de la vía biliar que son muy frecuentes.

Inflamación de las estructuras en cuestión como la vesícula en este caso.

Friabilidad del hígado como en este caso.

Adherencia y fibrosis por inflamación crónica muy frecuentes.

Adherencias y fibrosis de cirugía previas.

Obesidad de la paciente como en este caso.

Cirugía urgente vs electiva como en este caso.

Dificultad en la exposición de las estructuras por inflamación y sangrado como en este caso.

Impericia del cirujano y/o de los demás participantes en la cirugía.

Enfermedades asociadas del paciente que aumentan el riesgo como en este caso: diabetes, cáncer, obesidad.

Otras.

El panorama anterior, evidencia que, en este caso, los antecedentes patológicos de la paciente -que fueron muy relevantes- incidieron de forma significativa en la evolución de su cuadro clínico.

Ahora, como la parte actora aduce que supuestamente existió un error en relación al cuadro infeccioso que cursó la paciente, debe resaltarse que, según el mentado dictamen pericial, los microorganismos *“aparecen en aquellos pacientes que, por sus condiciones de salud, están en condiciones de inmunidad desventajosa, en un medio donde la **necesaria invasividad** de los tratamientos médicos y quirúrgicos favorecen la entrada de los mismos”*. De este modo, el riesgo de permanencia en UCI obedeció a que la paciente así lo requería,

por su delicado y complejo estado de salud. Adicional a ello, seguidamente se indicó que la paciente padecía múltiples antecedentes **que significaban riesgos importantes en esa Unidad de Cuidados Intensivos:**

La paciente tenía antecedentes como:

- Diabetes mellitus 2. El antecedente de riesgo más frecuente en una UCI.
- Cáncer de mama. Un cáncer puede haber sido tratado pero la carga genética del paciente canceroso siempre lo pondrá en condiciones de desventaja.
- Obesidad. Factor de riesgo de mortalidad en UCI. Hoy en día con el virus COVID 19 es un marcado de alto riesgo de mortalidad.
- Tuvo una filtración biliar a partir del muñón del conducto cístico y a partir de allí se hizo la primera infección.
- Secundario a lo anterior, debió ingresar a UCI y sobrevienen los gérmenes ya señalados por usted.

En tal virtud, debe ser claro que NO se trató de una deficiencia o error en el servicio médico suministrado, pues la explicación del experto concluyó lo siguiente:

El tratamiento administrado fue hecho cuidadosamente y de acuerdo a las guías actuales.

Finalmente, y para corroborar la ausencia de relación causal entre el estado de salud de la entonces paciente y el actuar médico, se reitera que, tal como advirtió el perito, lo ocurrido a la paciente obedece a RIESGOS FRECUENTES, asociados a los tratamientos realizados:

(...) Todo lo que le ocurrió a la paciente esta reportado en la literatura como riesgos frecuentes a los distintos tratamientos realizados.

*A un integrante del personal de salud se le pueden atribuir responsabilidades por: impericia, negligencia, imprudencia, etc., **que no aparecen en este caso.** (...).*

Como consecuencia de lo anterior, es claro que: **(i)** ninguna falla se avizora en la prestación del servicio médico requerido por la señora Muñoz Rengifo, y **(ii) el cuerpo profesional encargado no tuvo incidencia ni participación causal en el daño que pretende ser indemnizado, dado que el estado de salud de la nombrada obedeció a la materialización de una complicación y a sus múltiples patologías.**

Por lo expuesto, siendo inexistente la falla médica que se alega y el nexo causal necesario para imputar responsabilidad a las demandadas, no existe razón jurídica que permita la imputación de los supuestos fácticos invocados, al extremo pasivo del litigio.

3. EL PRESENTE CASO DEBE EVALUARSE A LA LUZ DEL RÉGIMEN DE FALLA

PROBADA

En el presente caso, y dada la naturaleza de la controversia por tratarse de un asunto de responsabilidad civil médica, es claro que, conforme ha reiterado ampliamente la jurisprudencia, dicha responsabilidad debe analizarse bajo el régimen probatorio de culpa probada, de modo que el extremo actor debió acreditar con suficiencia la supuesta falla que pretende atribuirse a la parte demandada.

La jurisprudencia ha establecido que para la declaratoria de la responsabilidad que hoy se pretende (donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado), se impone al actor la carga de probar de manera fehaciente la realización de la falla en la prestación del servicio médico, que constituye la causa del daño que se alega. En otras palabras, tratándose de responsabilidad civil médica no existe presunción alguna que exonere al extremo actor de demostrar, además del daño y el nexo causal, el hecho configurativo de una mala práctica en el ejercicio médico. Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia¹⁵ ha manifestado lo siguiente:

... la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, **ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.**

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

Así las cosas, cuando jurídicamente se impone al extremo actor del litigio acreditar el hecho generador del daño y no existe presunción de responsabilidad en favor de la víctima, es claro que no puede derivar la misma por la simple causación de un resultado adverso con ocasión al acto médico. Es decir, muy a pesar de que no se produzca mejoría en el estado de salud del paciente, y aun en el evento en que se genere un hecho lamentable a raíz de la intervención médica, ello no puede responsabilizar al profesional de salud encargado, cuando no se evidenció la necesaria falla médica, por cuanto, como se ha manifestado, para estos casos el médico solo está obligado a actuar con pericia y diligencia y no a garantizar el éxito del procedimiento.

En síntesis, ante la ausencia de falla probada en las instituciones demandadas, no se

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC7110-2017, radicación No. 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

configura responsabilidad civil en cabeza de las mismas y, por tanto, las pretensiones del escrito demandatorio deben despacharse desfavorablemente.

4. EXCESIVA VALORACIÓN DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

La presente excepción se formula teniendo en cuenta que la parte demandante está solicitando como indemnización por los presuntos perjuicios morales y por daño a la vida de relación, unas sumas que exceden los límites concedidos por esta jurisdicción en asuntos sumamente gravosos, cuando la víctima ha fallecido. Sumado a que, en todo caso, como se ve en el plenario, no se encuentra soporte de un deterioro emocional o psicofísico de los accionantes por los montos solicitados en la demanda por los mencionados perjuicios.

Se debe tener en cuenta que el daño moral es un perjuicio que no opera de manera automática, ante la ocurrencia de un hecho dañoso, ni se presume en todos los casos. De allí, que corresponda al Juez, dentro de un análisis minucioso, objetivo y detallado de la situación, concluir si se acreditó o no la existencia de tal perjuicio y acto seguido, de encontrarlo probado, le corresponderá determinar su cuantía. Atendiendo lógicamente a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado a favor de los demandantes, en un franco desmedro de la contraparte. Con relación este perjuicio, la H. Corte Suprema de Justicia expone que, para acceder a su pago, este debe tasarse con base en lo siguiente: *“(...) la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “las circunstancias especiales que rodearon este proceso (...)”*¹⁶.

Básicamente, el reconocimiento de este concepto tiene como finalidad otorgar a la víctima una satisfacción íntima que borre y compense la angustia y el dolor sufrido por un hecho dañoso. No obstante, la suma por éste perjuicio es determinada única y exclusivamente por el Juez en la sentencia, con base en lo establecido jurisprudencialmente y según las pruebas aportadas al proceso. Para ello, la parte demandante deberá acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad civil extracontractual y como consecuencia, existirá eventualmente el pago o indemnización por el daño y los perjuicios que se prueben. En caso de reconocerse dicho concepto, deberá ajustarse a los límites fijados por la H. Corte Suprema de Justicia, a través de la cual hay senda jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales. Así pues, si bien es cierto que no existen criterios objetivos aplicables de manera mecánica a los casos en los que se deba reparar este daño, lo cierto es que la H. Corte Suprema de Justicia a lo largo

¹⁶ SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo (10 de mayo de 2016)

de su jurisprudencia ha establecido unos parámetros para la cuantificación de este.

En el caso que nos asiste se tiene que se solicitó en la demanda por concepto de **daño moral** la suma de **900 SMMLV** equivalentes a **\$900.000.000**. Discriminados así:

Daño moral		
Demandante	Parentesco	Monto solicitado
Armando Muñoz Rengifo	Hermano de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Fanor Muñoz Rengifo	Hermano de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Francia Elena Muñoz Rengifo	Hermana de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Rodrigo Alonso Muñoz Rengifo	Hermano de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Diana Marcela Blandon Muñoz	Hija de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Santiago Castaño Blandon	Nieto de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Carlos Alberto Muñoz Gómez	Sobrino de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Sebastián Castaño Gomez	Nieto de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Guido Castaño Mejia	Yerno de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
TOTAL		900 SMMLV equivalentes a \$900.000.000.

Sumas todas que resultan improcedentes de reconocer, por cuanto que, se reitera, no se han allegado al expediente elementos de prueba con la virtualidad demostrativa suficiente para dar por acreditado la producción de este perjuicio en los términos de la demanda. Ciertamente, no se aportó seguimiento por psicología o psiquiatría, o siquiera consulta médica de estas áreas, ni ningún otro elemento documental que demuestre una afectación del orden indicado por los familiares de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** en la demanda. De manera que, sin elementos documentales idóneos, conducentes y pertinentes que justifiquen la producción de un perjuicio de esta naturaleza, la pretensión deberá negarse.

También se señala que, aunque con el libelo introductor se allegó unas anotaciones de la historia clínica de algunos de los demandantes, en las que se constata un seguimiento por psicología de aquel, salta a la vista que, por un lado, no se indica que la causa de la consulta tenga relación directa y definitiva con los hechos demandados, esto es, con los procedimientos y decisiones clínicas de la Fundación. Por otro lado, si en efecto el tratamiento se deriva de los hechos reprochados en la demanda, en todo caso, lo que ahí se anota es que ha tenido una evolución satisfactoria, por lo que no se puede afirmar que, a la fecha, el extremo accionante sufre una afectación de la naturaleza por la que se eleva el monto de esta pretensión.

Dicho lo anterior, es menester señalar que para la H. Corte Suprema de Justicia, los valores que pueden eventualmente reconocerse por el concepto de daño moral, cuando este se origina de la muerte de una persona como las indicadas en el libelo genitor, se admite el reconocimiento eventual a las personas que se encuentran dentro del primer grado de consanguinidad y afinidad, frente a quienes la causación del mismo se presume, puesto

que se trata de un nivel de cercanía con la víctima directa que permite, por reglas de la experiencia, inferir su existencia; frente a casos como el que nos asiste ha indicado y concedido la H. Corte lo siguiente:

“(...) Con relación al «daño extrapatrimonial», correspondiente a los perjuicios morales y daño a la vida de relación, a pesar de los señalamientos concretos de los montos reclamados, en razón de que su tasación corresponde al juez basado en las reglas de la experiencia, a partir de las circunstancias probadas en el juicio y apoyado en la jurisprudencia, para la proyección o cálculo de lo que eventualmente podría fijarse por dichos conceptos, se tomaría el mayor valor que se haya venido reconociendo, por ejemplo, por la muerte de un hijo en favor de sus padres, esposa (o), compañero (a) permanente, hijos y hermanos.

*(...) En ese contexto, la tasación realizada por esta Sala en algunos eventos en los que **se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposa, de la persona fallecida, se determinó su cuantía en la cantidad de \$60'000.000, lo cual implica que en principio sería esa la mayor suma a reconocer por dicho concepto.*** (...)”¹⁷. Negrita por fuera del texto original.

*“(...) En efecto, las circunstancias del inmenso dolor que se refleja en la ferocidad y barbarie de las acciones padecidas por los demandantes daban, con toda seguridad, lugar a que el Tribunal impusiera una condena acorde con esa realidad, así fuese tomando la suma que como guía por entonces tenía la Corte establecida desde 2012 y que, frente a la indecible atrocidad de los eventos narrados y probados en este proceso ameritan –para este caso particular- una suma mayor a la **que entonces tenía dispuesta (\$60,000,000.00)** (...) para el daño moral propio sufrido por los demandantes a raíz del fallecimiento de padres, hijos, esposos y compañeros permanentes, **la mitad de ese valor para hermanos, abuelos y nietos y la cuarta parte para el resto de parientes** (...)”¹⁸(Negrilla y Sublínea por fuera del texto original).*

Así entonces, se encuentra que en un escenario en el que el perjuicio ha sido igual al que en este caso se indica por el accionante (conforme a lo pretendido y probado específicamente en este concepto indemnizable de la demanda), la H. Corte Suprema de Justicia ha determinado que cuando se encuentran debidamente demostrados, el valor máximo a reconocer es de **\$60.000.000** para las personas dentro del primer grado de consanguinidad, y que este se morigera por la mitad y se reconoce frente a los demás accionantes siempre que se haya acreditado su causación, por ello, surge menester que en el eventual e hipotético caso de reconocerse que hay lugar a indemnizar el daño que se aduce, su reparación se otorgue, una vez esté diáfananamente probada la responsabilidad de la demandada, confrontando el precedente jurisprudencial de la H. Corte Suprema de

¹⁷ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia AC4184-2017 del 30 de junio del 2017. Radicación No. 11001-02-03-000-2017-00670-00. M.P.: Dr. Luis Alonso Rico Puerta.

¹⁸ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC5686-2018 del 19 de diciembre del 2018. Radicación No. 05736 31 89 001 2004 00042 01. M.P.: Dra. Margarita Cabello Blanco.

Justicia en la materia y limitándolo a los montos que a derecho correspondan.

De otro lado, se solicitó en la demanda el reconocimiento del **daño a la vida de relación** por la suma de **1.300 SMMLV** equivalentes a **\$1.300.000.000**, discriminados de la siguiente manera:

Daño a la vida de relación		
Demandante	Parentesco	Monto solicitado
Armando Muñoz Rengifo	Hermano de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Fanor Muñoz Rengifo	Hermano de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Francia Elena Muñoz Rengifo	Hermana de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Rodrigo Alonso Muñoz Rengifo	Hermano de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
Diana Marcela Blandon Muñoz	Hija de la víctima directa	200 SMMLV equivalentes a \$200.000.000.
Santiago Castaño Blandon	Nieto de la víctima directa	200 SMMLV equivalentes a \$200.000.000.
Carlos Alberto Muñoz Gómez	Sobrino de la víctima directa	200 SMMLV equivalentes a \$200.000.000.
Sebastián Castaño Gomez	Nieto de la víctima directa	200 SMMLV equivalentes a \$200.000.000.
Guido Castaño Mejia	Yerno de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
TOTAL		1.300 SMMLV equivalentes a \$1.300.000.000.

Reconocimiento que resulta exagerado, toda vez que no se han allegado al expediente elementos de prueba con la virtualidad demostrativa suficiente para dar por acreditado la producción de este perjuicio en los términos y por la magnitud que se indica en la demanda. Como se advirtió precedentemente, frente a los demandantes no se aportó ningún elemento de convicción que permita si quiera inferir que se produjo un daño a su vida de relación.

No está de más resaltar que el daño a la vida de relación es un concepto que hace parte de los perjuicios extrapatrimoniales, distinto al de índole moral, concebido como aquel que se le ocasiona a la persona privándola de la posibilidad de realizar actividades cotidianas, que con anterioridad al hecho dañoso podía realizar sin ningún inconveniente. En palabras de la H. Corte Suprema de Justicia:

*“(…) esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la disminución o deterioro de la calidad de vida **de la víctima**, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad (…)”¹⁹. (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Debe tenerse en cuenta igualmente, que es un concepto indemnizable que no se presume, por lo que recae sobre la parte actora la carga de probar el sustento fáctico en que funda la misma, teniendo en cuenta la finalidad de la acción indemnizatoria, cual es, reparar los perjuicios sufridos no más ni menos de lo que resulte probado. En ese sentido se pronunció

¹⁹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sentencia del 13 de mayo de 2008. Ref.: 11001 3103 006 1997 09327 01. M.P: César Julio VALENCIA COPETE.

la H. Corte Suprema de Justicia, la cual no reconoció la indemnización por el daño a la vida de relación en tanto los demandantes no probaron las actividades a las que supuestamente la víctima directa se vio impedido de realizar en razón a unas lesiones. En la mencionada sentencia esa colegiatura refirió:

*“(…) Señálese que, con el fin de evitar antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas, **la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio»** (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.º 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura (…)*

*En consecuencia, **ante la ausencia de certeza sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto**, ya que para esto habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar. Recuérdese que «[l]a condición de reparabilidad está dada por la certidumbre y gravedad suficiente del daño y no por pertenecer a alguna subcategoría específica» (...)»²⁰ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Se colige de lo anterior, que el daño a la vida de relación como perjuicio autónomo, eventualmente se reconoce a la víctima, siempre y cuando se demuestre su efectiva realización, en tanto que no es objeto de presunción. Se debe demostrar que antes del hecho dañoso realizaba actividades que de alguna manera hacían más agradable la vida pero que a raíz del suceso se encuentra impedido para realizarlas nuevamente.

En este asunto, se resalta que si bien se indicó en la demanda que a la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** se le causaron unas complicaciones durante su permanencia en la Institución que repercuten en la vida diaria de los accionantes, no explica en este acápite ni en ningún otro, cómo es que las mismas tienen incidencia en el desarrollo normal de las actividades diarias de los demandantes. Tampoco describe qué actividades realizaban estos antes del evento y por qué es que, a raíz de las atenciones médicas adelantadas en el 2018, a dichos demandantes ya no les es posible practicarlas. En ese orden de ideas, se deberá tener en cuenta que el eventual resarcimiento de los supuestos perjuicios por daño a la vida de relación, debe estar completamente delimitado a la demostración del mismo y que este nunca podrá ser superior a la verdadera magnitud del daño causado.

Finalmente, se reitera que, aunque no existen criterios objetivos aplicables de manera mecánica a los casos en los que se deba reparar este daño, la H. Corte Suprema de Justicia a lo largo de su jurisprudencia ha establecido unos parámetros para la cuantificación de este. En efecto, la H. Corte Suprema de Justicia ha fijado como límite indemnizatorio en

²⁰ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, sentencia del 07 de diciembre de 2018. Rad. 2003-00833-01. M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo

caso de lesiones que generan por fallecimiento la suma de 50 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, tal y como se observa a continuación:

“(…) Por lo tanto resulta acorde justipreciar el daño a la vida de relación padecido por tal demandante en cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMMLV) por cuanto, ha sentado la doctrina de esta Corte, dada su estirpe extrapatrimonial es propia del prudente arbitrio del juez (arbitrium iudicis), acorde con las circunstancias particulares de cada evento (…)”²¹.

Sin embargo, en este asunto, la parte demandante, desatendiendo los criterios jurisprudenciales, pretende el pago de entre \$100.000.000 y \$200.000.000, por concepto de daño a la vida de relación, monto que supera ostensiblemente el valor reconocido por la H. Corte en casos cuya gravedad, distan de las lesiones sufridas por la demandante.

En conclusión, el reconocimiento de este perjuicio es improcedente, porque, sumado a la ausencia de demostración de la responsabilidad que se pretende endilgar, las sumas solicitadas exceden los límites concedidos por esta jurisdicción en casos en los de muerte; y por cuanto que, además, no se encuentra prueba de algún deterioro o modificación en las condiciones de vida de la parte demandante que infiriera una afectación por la magnitud indicada en el líbello genitor, ni mucho menos que esta fuera atribuible a la demandada.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al Juzgador declarar probada esta excepción.

5. INEXISTENCIA DE PRESUPUESTOS NECESARIOS PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PERJUICIO DENOMINADO DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN

Bajo el hipotético caso en que el despacho emitiera un fallo condenatorio al extremo pasivo, de todos modos, no podría reconocerse suma alguna por concepto de daño a la vida de relación, comoquiera que **no se acreditaron los presupuestos necesarios** para el reconocimiento de tal perjuicio. En efecto, es importante destacar que no existe **ninguna presunción** que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio.

Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia²² ha manifestado claramente:

*Señálese que, con el fin de evitar **antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas**, la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos*

²¹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Expediente 73001-31-03-002-2009-00114-01. Noviembre 12 de 2019

²² Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may.2016, rad. n.º 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura.

*Incluso, desde el libelo genitor, en que se suplicó el pago del daño a la vida de relación sufrido a raíz del accidente de tránsito (folio 26), **se advierte una falta absoluta de sustrato fáctico para soportar esta pretensión, pues el actor se limitó a señalar que encuentra postrado en una silla de ruedas (folio 27), sin mencionar sus condiciones personales -edad, deportes realizados, aficiones, nivel de vida y de sociabilización-, o las actividades sociales, culturales, recreativas o familiares que dejó de realizar después del accidente, que permitieran establecer la existencia del perjuicio causado.**(...)*

*En consecuencia, ante la ausencia de certeza **sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto,** ya que para esto habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar. (El resaltado es propio).*

Se colige de lo anterior, que sólo puede ser viable el reconocimiento al daño a la vida de relación, cuando queden acreditados los presupuestos necesarios para acceder a los mismos a través de pruebas idóneas, pertinentes y conducentes que los certifiquen, pues su mera enunciación no son suficientes para acceder a una condena.

De esta manera, es claro que en este caso no resulta procedente o aceptable el reconocimiento y pago del mentado perjuicio, toda vez que dentro del expediente **no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder al mismo**. En efecto, debe ser claro para el despacho que no existe ninguna presunción que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio, donde no existe prueba de causación alguna.

6. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL PERJUICIO DE DAÑO A BIENES O DERECHOS CONSTITUCIONALMENTE AMPARADOS

Se plantea esta excepción para efectos de explicar al Despacho que la solicitud del reconocimiento del perjuicio de daño a bienes jurídicos de especial protección constitucional resulta improcedente, por cuanto que no ha sido un perjuicio que en esta jurisdicción se haya reconocido de forma autónoma y por cuanto que, en todo caso, tampoco hay prueba de su causación. Tenemos que el extremo accionante solicitó la suma equivalente a **900 SMMLV** equivalentes a **\$900.000.000**, por concepto de **daño a bienes o derechos constitucionalmente amparados**, la cual resulta imposible de atender. Suma que fue discriminada así en el libelo genitor:

Daño a bienes o derechos constitucionalmente amparados		
Demandante	Parentesco	Monto solicitado
Diana Marcela Blandon Muñoz	Hija de la víctima directa	200 SMMLV equivalentes a \$200.000.000.
Santiago Castaño Blandon	Nieto de la víctima directa	200 SMMLV equivalentes a \$200.000.000.
Carlos Alberto Muñoz Gómez	Sobrino de la víctima directa	200 SMMLV equivalentes a \$200.000.000.
Sebastián Castaño Gomez	Nieto de la víctima directa	200 SMMLV equivalentes a \$200.000.000.
Guido Castaño Mejia	Yerno de la víctima directa	100 SMMLV equivalentes a \$100.000.000.
TOTAL		900 SMMLV equivalentes a \$900.000.000.

En primer lugar, es preciso aclarar que, si bien es cierto que la H. Corte Suprema de Justicia ha abordado la posibilidad de reconocer el tipo de concepto indemnizable en estudio, escenario que emergió como una necesidad de protección de manera efectiva de los derechos fundamentales²³. También lo es que, para ser posible la materialización de este reconocimiento, es menester que se demuestre debidamente el daño a bienes personalísimos de especial protección constitucional que constituyan derechos humanos fundamentales y que dicha afectación no encaje dentro de las categorías tradicionales en que se subdivide el daño extrapatrimonial en la jurisdicción ordinaria civil. Esto es, daño moral y el daño a la vida de relación, por tanto que, no resulta admisible forzar esas clases de daño para incluir en ellas una especie autónoma cuya existencia y necesidad de reparación no está en incertidumbre²⁴.

En ese sentido, si bien entendemos que existe dicha categoría de daño extrapatrimonial, para que se reconozca el mismo, debe quedar claramente demostrado que la afectación se haya generado sobre derechos fundamentales y que estos merecen ser indemnizados de manera independiente y autónoma. De manera general, la H. Corte Suprema de Justicia ha indicado que en materia de la Responsabilidad Civil, para que proceda el reconocimiento de una indemnización de perjuicios causados por un daño, deben cumplirse los siguientes requisitos: “(...) los requisitos que la ley exige para que el perjuicio que sufre una persona pase a ser responsabilidad de otra, los cuales son: la presencia de un daño jurídicamente relevante; que éste sea normativamente atribuible al agente a quien se demanda la reparación; y que la conducta generadora del daño sea jurídicamente reprochable (...)”²⁵.

Si bien el accionante explica en este acápite que la solicitud indemnizatoria que por este concepto se solicita nace de una serie de consecuencias en la salud e integridad personal de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, que no son susceptibles de ser resarcidas bajo las anteriores tipologías de perjuicios, no se hace una exposición juiciosa de cómo es que se causó este perjuicio en cabeza propiamente de los demandantes que invocan este

²³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 13 de mayo de 2008. Exp. 11001-3103-006-1997-09327-01, 2008.M.P.: Dr. César Julio Valencia Copete.
²⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC10297-2014, del 05 de agosto del 2014. Exp. 11001-3103-003-2003-0066-01, 2014. M.P. Dr. Ariel Salazar Ramírez.
²⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 30 de septiembre de 2016. Exp. 05001-31-03-003-2005-00174-01, 2016. M.P.: Dr. Ariel Salazar Ramírez.

perjuicio, ni se aterrizan los presupuestos normativos o jurisprudenciales que justificarían el pago de este perjuicio en el concreto. Ahora, si bien relaciona someramente algunas circunstancias que presuntamente afectan la salud de la accionante, no se evidencia prueba alguna que demuestre el acaecimiento de la afectación de un derecho fundamental de la envergadura que se busca proteger por la H. Corte Suprema de Justicia, mediante este concepto indemnizable.

Es menester aclarar que, de conformidad con el precedente jurisprudencial, se ha explicado que este concepto engloba la afectación a los “bienes personalísimos”, como los que se perturban cuando una persona es lesionada en su dignidad. Es decir, la integridad personal y familiar, la libertad, la privacidad, el honor y el buen nombre, que como tal, componen la dignidad de la persona. Por ello, para el suscrito es suficientemente claro que, de cara a la petición descrita en este acápite, no es posible determinar que el tipo de afectación que presuntamente se aduce que se ocasionó, se identifique o guarde armonía con los “bienes personalísimos” cuyo agravio la jurisprudencia permite indemnizar.

Igualmente, no está de más recordar que cuando se realiza tal requerimiento indemnizatorio, el Juez deberá realizar un análisis a la petición y a los elementos de convicción que la acompañan para efectos de delimitar la eventual extensión del resarcimiento. Lo anterior, puesto que, para la H. Corte, no es posible admitir reconocimientos que ponen en peligro los límites entre lo que es jurídicamente relevante y lo que no lo es. Así lo ha expuesto la H. Corte:

“(...) Tal protección, para que sea eficaz, presupone que esta clase de daño guarde correspondencia con los valores del ordenamiento jurídico que le imprimen sentido y coherencia al sistema, lo que impone la necesidad de delimitar la extensión del resarcimiento; es decir que se debe discernir entre los padecimientos que son dignos de tutela civil y los que deben quedar al margen de ella, pues de lo contrario se corre el riesgo de incurrir en una peligrosa anarquía conceptual que banalice las conquistas de la responsabilidad civil y borre los límites entre lo que es jurídicamente relevante y lo que constituye simples bagatelas (...)”²⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Lo anterior implica entonces que, para el caso que nos convoca, no resultaría viable acceder a este reconocimiento, pues no hay pruebas en el plenario que den fe de la afectación de derechos fundamentales o “bienes personalísimos” sobre la víctima directa, en la extensión que se señala en este acápite. Aunado a ello, aunque según se advierte en la historia clínica la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** haya padecido unas complicaciones, no se incorporó ningún elemento de convicción idóneo que acredite cómo es que las mismas generan una afectación relevante a intereses constitucionalmente protegidos en cabeza de

²⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC10297-2014, del 05 de agosto del 2014. Exp. 11001-3103-003-2003-0066-01, 2014. M.P. Dr. Ariel Salazar Ramírez.

los accionantes que invocan este perjuicio. Resaltándose particularmente que no hay evidencia alguna de una afectación al “derecho a una vida digna” de los demandantes que solicitan este perjuicio, por lo que reconocerlo es claramente improcedente. Además, el “daño al proyecto de vida” y el “daño a la calidad de vida”, que relaciona el extremo actor estaría inmerso en el concepto de daño a la vida de relación que, en todo caso, tampoco está fehacientemente demostrado. De manera que lo que el reconocimiento de esta pretensión es palmariamente improcedente.

Con todo, ya que la acreditación de una afectación autónoma e independiente de un derecho fundamental de la parte demandante y la demostración de una conducta jurídicamente reprochable por parte de la accionada no son identificables en esta contienda, de ninguna manera puede accederse al reconocimiento aludido y por ello, solicito respetuosamente al Juzgador declarar como probada esta excepción.

En conclusión, acceder al reconocimiento del perjuicio de daño a bienes o derechos constitucionalmente amparados es claramente inviable, toda vez que no ha sido un perjuicio que en esta jurisdicción se haya reconocido de forma autónoma, sumado a que, en todo caso, los demandantes tampoco aportaron prueba de su causación.

Con todo solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. AUSENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS PRESUPUESTOS JURISPRUDENCIALES PARA LA CONFIGURACIÓN DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

Es improcedente el reconocimiento de una pérdida de oportunidad en este caso por cuanto que no se avizoran los elementos que jurisprudencialmente se han establecido para ello. Según la interpretación del actor frente a la Historia Clínica, la accionada incurrió en un error de diagnóstico por cuanto no identificó correctamente el origen de la patología que llevó al deceso del paciente, coartándole la posibilidad de una atención temprana que le salvara la vida, no obstante, no hay prueba idónea, conducente y útil que de forma definitiva lleve a esta conclusión. Por el contrario, como claramente se explicó líneas arriba, no hay ningún nexo de causalidad entre la conducta clínica de la Fundación demandada y el lamentable deceso de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**.

La H. Corte Suprema de Justicia ha explicado que, cuando se deprecia una actuación u omisión que podría configurar una pérdida de oportunidad, el accionante debe demostrar que se encontraba en la posibilidad verdadera de haber obtenido un resultado más favorable; así lo ha expuesto la H. Corte:

“(…) La pérdida de una oportunidad atañe a la supresión de ciertas prerrogativas de indiscutible valía para el interesado, porque en un plano objetivo, de contar con ellas,

su concreción le habría significado la posibilidad de percibir, ahí sí, una ganancia, ventaja o beneficio, o de que no le sobrevenga un perjuicio.

(...) Y es que, en tales casos, sin adentrarse la Corte en las disputas doctrinales que controvierten si el debate se debe situar en el requisito de la relación de causalidad o, por el contrario, en el de la certeza del daño, lo cierto es que respecto del sujeto que se encuentra en una situación como la descrita, **puede llegar a predicarse certeza respecto de la idoneidad o aptitud de la situación para obtener la ventaja o evitar la desventaja**, aunque exista incertidumbre en cuanto a la efectividad de estas últimas circunstancias.

(...) Es claro, entonces, que si, como se señaló, una cosa es no percibir una ganancia y otra verse desprovisto de la posibilidad de obtenerla, **el daño por pérdida de una oportunidad acaece sólo en frente de aquellas opciones revestidas de entidad suficiente que, consideradas en sí mismas, permitan colegir, por una parte, que son reales, verídicas, serias y actuales**, reiterando aquí lo expresado por la Sala en el fallo precedentemente citado, y, por otra, idóneas para conseguir en verdad la utilidad esperada o para impedir la configuración de un detrimento para su titular, esto es, lo suficientemente fundadas como para que de su supresión pueda avizorarse la lesión que indefectiblemente ha de sufrir el afectado.

Por lo tanto, es indispensable precisar que la pérdida de cualquier oportunidad, expectativa o posibilidad no configura el daño que, en el plano de la responsabilidad civil, ya sea contractual, ora extracontractual, es indemnizable. **Cuando se trata de oportunidades débiles, incipientes, lejanas o frágiles, mal puede admitirse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de los acontecimientos, su frustración necesariamente vaya a desembocar en la afectación negativa del patrimonio o de otro tipo de intereses lícitos de la persona que contó con ellas** (...)”²⁷(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Frente a este particular, bastará indicar que no solo la Historia Clínica, sino también en el mismo dictamen pericial aportado por la parte accionante, revelan que el fallecimiento del familiar del extremo actor, acaeció como resultado del deterioro neurológico súbito y progresivo que aquella presentó como resultado de una hipoxia, el cual hizo muy dificultosa la recuperación de la paciente. A su vez, dicha condición se produjo como resultado de las múltiples complicaciones generadas durante su evolución y en las cuales incidió de manera definitiva y contundente las patologías de base de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, en las cuales, como es apenas evidente, ninguna incidencia tuvo las decisiones adoptadas por la pasiva de esta acción.

En particular se probó que, por un lado, según la literatura médica²⁸, el resultado final de la

²⁷ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC10261-2014, del 4 de agosto del 2014. Expediente No 11001 31 03 003 1998 07770 01. M.P. Margarita Cabello Blanco.

²⁸ Complicaciones de la cirugía biliar. Dr. Casanova Rituerto Profesor titular de Cirugía. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

intervención quirúrgica realizada por la Fundación tuvo lugar en atención a múltiples factores como lo son la obesidad y otras comorbilidades como la diabetes por las cuales efectivamente estaba cursando la paciente. De otra parte, se insiste en que no hay una relación entre la necesidad de que la paciente permaneciera hospitalizada y las decisiones de los galenos, por cuanto, como es apenas evidente, la hospitalización se prolongó por el tiempo que resultó necesario para identificar el diagnóstico de la paciente y realizar las intervenciones quirúrgicas que la paciente demandaba. Así mismo, se recuerda que, en todo caso, las infecciones nosocomiales a las que se hace referencia en la demanda, pueden contraerse incluso aunque el tratamiento administrado es hecho cuidadosamente y de acuerdo a las guías que rigen este tipo de procedimientos.

Explica la literatura médica que, en casos como el de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, es frecuente que ocurran infecciones intrahospitalarias, toda vez que, independientemente de la pericia y diligencia de los galenos, el procedimiento, que es claramente invasivo, sumado a patologías de base como la diabetes y la obesidad, pueden viabilizar con mayor facilidad el ingreso de virus, pues estos son microorganismos de alto riesgo de contagio. De manera que, a pesar de tomarse todas las medidas de control, estos virus pueden ingresar y debilitar la condición del paciente, sobre todo en casos como este en el que, de plano, las comorbilidades ya presentes favorecen el surgimiento de complicaciones²⁹. Es decir que la actuación de los galenos además de satisfactoria no fue la causa del deceso de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, siendo inexistente el nexo causal entre ese evento y la actuación de la pasiva.

Consecuentemente, a pesar del multidisciplinario servicio médico que proporcionó la entidad demandada para salvaguardar su vida, se registró que la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** presentó una falla orgánica múltiple, con muerte encefálica previa, falleciendo el 17 de agosto del 2018. Si bien es cierto que en el récord de atención se registró que el paciente presentó múltiples complicaciones, esto obedeció a sus patologías de base y a complicaciones propias de las intervenciones médicas adelantadas. De manera que es claro que la génesis del deceso se produjo por eventos que en nada tuvo incidencia directa la Institución médica demandada.

Por lo anterior, las afirmaciones del actor no tienen fundamento fáctico ni probatorio, siendo claramente subjetivas y sin medio de prueba técnico ni científico que las justifique, por cuanto, está demostrada que la causa del fallecimiento de la paciente, se produjo por circunstancias ajenas a la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**; no habiendo confusión frente a la inexistencia de dicho nexo causal. Además, se reitera, las actuaciones desplegadas por el sujeto pasivo de esta acción, se ajustaron a los protocolos que rigen las obligaciones que debe asumir frente al servicio de salud, siendo inevitable el resultado

²⁹ ¿Qué es la comorbilidad? Daniela Avila Smirnow. Neurólogo Pediátrico Unidad de Neurología, Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

acaecido y que aquí se reprocha por los accionantes.

En conclusión, si bien en uno de los acápites de la demanda se realiza un análisis frente a las actuaciones que según los demandantes fueron ajenas a la *lex artis*, lo cierto es que **tampoco ha acreditado de manera técnica y científica, que, de haberse actuado de otra forma por la Fundación, se habría logrado evitar el fatídico desenlace.** En este orden de ideas, los presupuestos jurídicos para entender concretada una pérdida de oportunidad por un error de diagnóstico no se encuentran claramente definidos ni probados en este proceso. Ciertamente, por un lado, el diagnóstico bajo el cual se dio tratamiento a la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, fue el adecuado, y las causas que finalmente llevaron a su muerte no guardan relación con las actuaciones de las demandadas. Además, tampoco puede soslayarse que, aunque el diagnóstico para la patología del paciente hubiese sido otro (lo cual tampoco se ha acreditado), no hay prueba que nos concluya con certeza y contundencia que, de haberse actuado por la Fundación de manera diferente y dado un tratamiento distinto, el deceso no habría acaecido.

Por todo lo expuesto, solicito declarar como probada la presente excepción.

8. AUSENCIA DE PRESUPUESTOS NECESARIOS PARA ACCEDER AL RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS MATERIALES EN LA MODALIDAD DE LUCRO CESANTE

Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, se propone esta excepción a fin de poner presente al despacho que son improcedentes todas las acciones tendientes a obtener el reconocimiento de perjuicios en la modalidad de lucro cesante, comoquiera que no existen supuestos de orden fáctico y jurídico que hagan viable la prosperidad de dichas pretensiones, comoquiera que: **(i)** no existe prueba alguna sobre los ingresos supuestamente percibidos por la señora Patricia Muñoz, y **(ii)** no se acreditó la supuesta dependencia económica entre los actores y la nombrada, que justifique jurídicamente el reconocimiento de tal perjuicio.

Sobre el particular, es indispensable anotar que **es inoperante cualquier presunción** que pretenda aplicarse para inferir, *verbi gracia*, que las condiciones de género o de edad del demandante permitan considerarlo, sin estar ello probado, que ejercía alguna labor, como pretende afirmarse. Por el contrario, en la sentencia arriba referida, respecto a tales presunciones se manifestó:

Aplicada así la “presunción” acabada de mencionar³⁰, lo que se debía identificar no

³⁰ En la providencia se citó: “... en sentencia del 5 de octubre de 2016 (expediente 43.127), se dijo (se transcribe literal): “Aunque **en la demanda se afirmó que dicha persona trabajaba en el taller ... como mecánico, no se arrió al proceso prueba que demostrara esta afirmación. No obstante lo anterior y en vista de que el demandante se encontraba en edad productiva, se presume que al menos debía devengar un salario mínimo mensual legal vigente producto del**”

era si el afectado desempeñaba una “actividad productiva” al tiempo de la detención, sino si se encontraba para entonces en una edad “productiva” –entendida como tal aquella en que se alcanza la mayoría de edad y que se mantiene mientras no sobrevenga una incapacidad laboral o cognitiva-, para liquidar el perjuicio material conforme al valor del salario mínimo; pero, **entendida así la regla de experiencia, como fundamento de la regla de la jurisprudencia, se puede incurrir –a no dudarlo- en el desatino de indemnizar un perjuicio inexistente, incierto o eventual, lo cual sucede –por ejemplo- si el afectado, pese a encontrarse en una “edad productiva”, es improductivo, porque por un acto volitivo decide no trabajar y depender de los ingresos que le proporcionan otros, evento en el cual no hay un perjuicio material cierto e indemnizable.** (Énfasis propio).

Y más adelante concluyó:

... a juicio de la Sala, resulta mejor, con miras a un adecuado ejercicio de la labor de impartir justicia, **soslayar el uso de presunciones de orden jurisprudencial que lleven a reconocer de oficio perjuicios de este tipo**, pues evitarlas y, por tanto, decidir con sustento en hechos o supuestos efectivamente probados garantiza de manera efectiva y eficaz el principio de congruencia de las sentencias. (Negritas ajenas al texto original).

Y sobre la necesidad de acreditar la dependencia económica de los actores respecto de la víctima, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia SC11149-2015 señaló:

Nótese a este respecto que la tajante proposición que ha sido referida ha merecido diversas puntualizaciones en las cuales la Corte ha exigido, las más de las veces, **la demostración directa de la «dependencia económica», esto es de que se recibía el «apoyo efectivo» del difunto o incapacitado**; o a lo menos de que se dan en concreto todos los elementos de la obligación alimentaria, estableciendo al efecto que **«no basta la simple condición de acreedor alimentario** en el demandante para que la muerte por accidente de su [pariente] le cause un perjuicio actual y cierto, **sino que se requiere además la demostración plena de que aquél recibía la asistencia a que por ese concepto le da derecho la ley, o que cuando menos se encontraba en situación tal que lo capacitara para demandarla y obtenerla y que aquella estaba en capacidad económica para suministrársela.** (Énfasis propio).

De manera puntual, sobre la presunción de dependencia de los hijos frente a los padres, la misma Corporación³¹ ha indicado:

A su vez, *el periodo indemnizable a tener en cuenta para ellos [refiriéndose a los hijos], se extenderá hasta la edad límite de 25 años, como también lo plantea la parte demandante, pues de conformidad con la doctrina de esta Corporación, normalmente*

desempeño de alguna actividad económica. (...). ”

³¹ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC15996 de 29 de noviembre de 2016. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

a ese momento de la existencia se culmina la educación superior, y **lapersona ya se halla en capacidad de valerse por sí misma**³². (Énfasis propio).

En el caso concreto, se tiene que la parte actora pretende el reconocimiento de sumas exageradas e infundadas, por concepto de lucro cesante en la modalidad de consolidado y futuro, sin ningún fundamento jurídico, y aduciendo simplemente que la señora Muñoz Rengifo devengaba ingresos. Sin embargo, según la consulta realizada en el Registro Único de Afiliados RUAF, la señora Patricia Muñoz se encontraba en el régimen de salud subsidiado **desde el 2014** y no reportaba ningún aporte a pensión:

AFILIACIÓN A SALUD		
Administradora	Régimen	Fecha Afiliación
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR E.S.S.	Subsidiado	18/02/2014
AFILIACIÓN A PENSIONES		
No se han reportado afiliaciones para esta persona		

Lo anterior, demuestra claramente que la nombrada **no realizaba ninguna actividad económica** para el momento de ocurrencia de los hechos, pues de haber sido así, se ubicaría en el régimen contributivo, tal como debiera ser si efectivamente realizara actividades laborales, conforme a los tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que, por ese simple hecho, torna inviable la pretensión del lucro cesante.

Pero adicional a lo anterior, debe resaltarse que dentro del plenario **no se acredita la supuesta dependencia económica** de los demandantes, respecto a la señora Muñoz Rengifo, y por lo mismo, no existe ningún fundamento jurídico para reconocer el mentado perjuicio. En efecto, debe recordarse que la jurisprudencia ha sido enfática al indicar que cuando se demanda la indemnización del daño, en su modalidad de lucro cesante, proveniente del fallecimiento de una persona, **la misma emerge, en principio, de la dependencia económica del peticionario con la víctima, circunstancia que a aquél le incumbe acreditar**.³³

Adicional a ello, se tiene que, respecto a la demandante, señora Diana Marcela Blandón, en calidad de hija de la señora Patricia Muñoz, tampoco se cumplen los presupuestos necesarios para tener por acreditada la causación del perjuicio. En efecto, de acuerdo con las reglas de la experiencia, y acorde con los parámetros establecidos por la Corte Suprema

³² CSJ SC 11149-2015, Rad. 2007-00199-01, entre otras.

³³ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC15996-2016 de noviembre 29 de 2016. MP Luis Alonso Rico Puerta.

de Justicia³⁴, el lucro cesante se causaría hipotéticamente en favor de los hijos hasta que logran la mayoría de edad (18 años), momento a partir del cual estos procuran su propio sostenimiento, y solo podría extenderse eventualmente hasta los 25 años, únicamente si se acreditara que el hijo continúa en etapa formativa. Sin embargo, en el caso concreto, se tiene que para la fecha en que ocurrió el deceso de la señora Muñoz Rengifo, la demandante ya contaba con la edad de 37 años, sin que se acreditaran otros supuestos fácticos, siquiera indiciarios de dependencia económica, por lo que evidentemente ningún fundamento jurídico existe para el reconocimiento de tal perjuicio, que como se observa, no se causó.

Corolario de todo lo expuesto, se tiene entonces, por una parte, que no concurren ninguno de los presupuestos necesarios para que el despacho acceda a la pretensión de la parte actora, y por la otra, que el supuesto perjuicio NO SE CAUSÓ, comoquiera que: (i) la señora Muñoz Rengifo no ejercía labores lucrativas, y (ii) no se encuentra probado que los demandantes dependieran económicamente de aquella. En tal virtud, sin concurrir los presupuestos necesarios para acceder a esta tipología de perjuicio, está llamada al fracaso cualquier pretensión que con base en ello se formule.

9. ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA

En el mismo sentido de lo expuesto anteriormente, una remota condena en contra de la parte pasiva, generaría a favor del demandante un ingreso que no se origina en la Ley y que, como se demostró, tampoco tiene lugar en la responsabilidad civil, en razón a la ausencia de los elementos necesarios para que se constituyera la misma. Por lo anterior, un eventual fallo condenatorio en los términos pretendidos, se traduciría en un enriquecimiento sin causa, figura prohibida en nuestro ordenamiento jurídico.

EXCEPCIONES FRENTE A LA VINCULACIÓN DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

10. EXONERACIÓN DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA POR INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ASEGURADO DE LAS GARANTÍAS EXPRESAMENTE ESTIPULADAS EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA NÚMERO 660 88 994000000027

En el presente caso, sin perjuicio de la inexistente responsabilidad civil que pretende atribuirse a la pasiva, de todos modos, se propone esta excepción, a fin de advertir al despacho que no podrá nacer la obligación indemnizatoria de mi representada, comoquiera

³⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC15996 de 29 de noviembre de 2016. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

que la entidad asegurada incumplió las garantías estipuladas en la póliza (relacionadas con el diligenciamiento de la historia clínica) que, en consecuencia, la exoneran de responsabilidad, en los términos del artículo 1061 del Código de Comercio.

En efecto, el referido artículo 1061 consagra la definición y efectos de las garantías, en los siguientes términos:

Artículo 1061. Definición de garantía. Se entenderá por garantía la promesa en virtud de la cual el asegurado se obliga a hacer o no determinada cosa, o a cumplir determinada exigencia, o mediante la cual afirma o niega la existencia de determinada situación de hecho.

La garantía deberá constar en la póliza o en los documentos accesorios a ella. Podrá expresarse en cualquier forma que indique la intención inequívoca de otorgarla.

La garantía, sea o no sustancial respecto del riesgo, deberá cumplirse estrictamente. En caso contrario, el contrato será anulable. Cuando la garantía se refiere a un hecho posterior a la celebración del contrato, el asegurador podrá darlo por terminado desde el momento de la infracción.

Sobre el cumplimiento de las garantías, el doctor Andrés Ordóñez ha señalado:

“(…) es fundamental dentro del desarrollo del contrato de seguro y, vale la pena repetir, es a través de este fenómeno de las garantías que se ha permitido a la parte aseguradora, imponer al asegurado ciertos deberes de conducta cuyo incumplimiento, así no tenga injerencia en el estado del riesgo, pueda determinar consecuencias tan graves como la nulidad y la terminación del contrato”³⁵.

Descendiendo al caso concreto, se tiene que la entidad asegurada otorgó y/o prometió lo siguiente, dentro de las condiciones particulares del seguro:

GARANTÍAS:

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

" Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su

³⁵ ORDÓÑEZ ORDÓÑEZ, Andres E. Las Obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro. Universidad Externado de Colombia, 2004. Pág. 73 y ss.

actividad profesional.

" Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, **en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio.** En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, **toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente,** así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesia, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos. (...)

Similar estipulación obra dentro de las condiciones generales de la póliza:

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.

Sobre el diligenciamiento de la historia clínica, la Resolución número 1995 de 1999³⁶, prevé lo siguiente:

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son: (...)

*Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse **en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.** Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.*

CAPÍTULO II DILIGENCIAMIENTO

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES.

*La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. **Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza,** con el nombre*

³⁶ Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad+Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf>.

completo y firma del autor de la misma.

Descendiendo al caso concreto, según la historia clínica adjunta a la demanda, la asegurada violó los compromisos o garantías que otorgó, comoquiera que, una vez revisada dicha historia clínica, se observa que **no se aplicaron las normas que rigen el manejo de dicha historia clínica**, en tanto no obra el registro de una presunta atención médica suministrada el 16 de febrero de 2018. De hecho, en la anotación del día 18 del mismo mes y año se indica que la paciente fue “**VALORADA HACE 2 DÍAS POR URGENCIAS**”, sin embargo, el registro clínico de esa fecha no obra dentro de la historia clínica adjunta a la demanda:

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE COLELAP REALIZADA EN NUESTRA INSTITUCION EL DIA 11/02/18. RECONSULTANTE EN EL POSQUIRURGICO POR DOLOR ABDOMINAL. ASOCIADO A EPISODIO FEBRIL; VALORADA HACE 2 DIAS POR URGENCIAS DONDE SE DA EGRESO. AHORA RECONSULTA POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO, CON ENFASIS EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO. NO REFIERE MAS.

Dicha circunstancia es también advertida por el médico que rindió el dictamen pericial adjunto a la demanda:

Reingresa el 18/02/2021 19:22 al servicio de urgencias, 7 días después. Valoración por médico de urgencias: Dos días de dolor intenso en lado izquierdo del abdomen, distensión abdominal, fiebre y deterioro del estado general. Ha consultado dos veces a la institución (**no hay registro**). Al examen físico: signos vitales normales, sin fiebre, escleras ictericas (coloración amarilla de la porción blanca del ojo por bilirrubina), dolor abdominal al palpar hacia la izquierda (lejos de la vesícula biliar) sin signos de irritación abdominal (sin signos de peritonitis). Impresión diagnóstica:

En razón a lo anterior, y comoquiera que no se aplicaron las normas que rigen el diligenciamiento de la historia clínica, según lo dispuesto en la citada Resolución, y que ello constituyó una garantía que prometió la asegurada, el incumplimiento a la misma libera de obligación indemnizatoria a mi procurada, en los términos del artículo 1061 del Código de Comercio.

11. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

En el presente caso, se configuró la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, comoquiera que, según los anexos de la demanda, la parte actora tuvo conocimiento real del hecho que da base a la acción, y del contrato de seguro emitido por mi procurada, **por lo menos desde el 18 de diciembre de 2019**, cuando radicó la solicitud de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, que se llevó a cabo el **14 de enero de 2020**, de manera que el término previsto en el

artículo 1081 del Código de Comercio, feneció el 01 de mayo de 2022³⁷, no obstante, la acción que nos ocupa fue formulada solo hasta el mes de agosto de 2022, cuando evidentemente, el término bienal de prescripción ya se había consumado.

En efecto, el artículo 1081 del Código de Comercio, indica un régimen especial para la prescripción de las acciones que derivan del contrato de seguro, e indica, asimismo, el cómputo de los términos:

Artículo 1081. Prescripción de acciones. *La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes. (Negritas ajenas al texto original).

El precepto normativo señala los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, diferenciando entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria, y el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. **Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria**, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

En cuanto a la interpretación de las expresiones “*hecho que da base a la acción*” y “*momento en que nace el derecho*” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro³⁸:

En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o

³⁷ Debido a la suspensión de términos ordenada en el Decreto 564 de 2020.

³⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

extraordinaria.

La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007³⁹:

*...comportan ‘una misma idea’⁴⁰, esto es, que **para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’**”. En la misma providencia esta Sala concluyó que **el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”,** pues, como la Corte dijo en otra oportunidad⁴¹, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal **“se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”**.*

Ahora, es de suma relevancia destacar que ambas clases de prescripción, esto es, la ordinaria o extraordinaria, **CORREN FRENTE A TODOS LOS TITULARES DEL DERECHO**, tal como ha dicho la Corte Constitucional en Sentencia T-272 de 2015, reseñando jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia señaló sobre el asunto:

*“(…) la Sala de Casación Civil (Expediente 00457-01) al referirse a las dos clases de prescripción –ordinaria y extraordinaria- adujo que “ambas se pueden presentaren cualquier clase de discusión originada en un contrato de seguro y **corren frente a todos los titulares del derecho respectivo**, ya se trate del tomador, el beneficiario, la aseguradora o el asegurado. **Lo que las diferencia, en esencia, son dos aspectos puntuales, uno subjetivo, relacionado con el conocimiento, real o presunto, que se tenga de la ocurrencia del siniestro, y el otro objetivo, que tiene que ver con la capacidad para hacer efectivo el reconocimiento del siniestro y el pago de la indemnización pretendida, sin que ello impida que corran de modo***

³⁹ Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013

⁴⁰ La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

⁴¹ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

simultáneo, como en efecto puede suceder.”

Descendiendo al caso concreto, tenemos que el extremo actor tuvo conocimiento del hecho y del contrato de seguro que vincula a mi representada al proceso, desde **el 18 de diciembre de 2019**, cuando radicó la solicitud de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, que se llevó a cabo el **14 de enero de 2020**. Así las cosas, fue a partir de este momento que inició el cómputo del término bienal de prescripción, y, por tanto, feneció el **01 de mayo de 2022**⁴². No obstante, la acción que nos ocupa fue formulada solo **hasta el mes de agosto de 2022**, cuando evidentemente, el término bienal de prescripción ya se había consumado.

En conclusión, ninguna pretensión formulada en contra de mi procurada está llamada a prosperar, en tanto las acciones derivadas del contrato de seguro por ella expedido se encuentran prescritas.

12. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, POR CUANTO EN TODO CASO, NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO

Mediante el contrato de seguro documentado en la póliza número 660 88 994000000027 mi procurada amparó, entre otros, la eventual responsabilidad civil en la que pudiera incurrir la entidad asegurada por errores u omisiones durante el desarrollo de su actividad profesional. De este modo, al no concurrir los presupuestos necesarios para estructurar dicha responsabilidad -como en efecto ocurre en este caso-, por ausencia de falla o error atribuible a Fundación Hospital San José de Buga, el riesgo amparado no se entiende realizado y, por tanto, es imposible afectar el contrato de seguro.

La Corte Suprema de Justicia⁴³ ha reiterado que para que exista la obligación de indemnizar a cargo de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito indispensable la realización del riesgo asegurado, de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, **dado que sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato:**

*Una de las características de este tipo de seguro es «**la materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado**, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa». (Negrita en el texto original).*

⁴² Debido a la suspensión de términos ordenada en el Decreto 564 de 2020

⁴³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de diciembre de 2017. SC20950-2017. Radicación 05001-31-03-005-2008-00497-01.

En el caso que nos ocupa, se tiene que entre la demandada Fundación Hospital San José de Buga y mi procurada se concertó un contrato de seguro documentado en la póliza referida, a través del cual se amparó la responsabilidad civil en la que pudiera incurrir la sociedad asegurada, como consecuencia de errores u omisiones atribuibles durante el desarrollo de su actividad profesional, en los siguientes términos:

Ahora bien, como ya se ha argumentado de manera reiterada y suficiente, las pretensiones

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.

contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Ello, porque dentro del expediente carece absolutamente de prueba el supuesto error o falla en la prestación del servicio médico que se suministró a la señora Patricia Muñoz. Por lo anterior, al ser claro que no hay posibilidad de que exista una declaración de responsabilidad civil en contra de Fundación Hospital San José de Buga y mucho menos una condena, no existe fundamento para afectar la póliza concertada con mi representada, pues no ocurre el riesgo asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza.

En suma, se concluye que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil que pretende endilgarse a los demandados, estamos ante **la ausencia de la ocurrencia de la condición suspensiva de la pende la afectación del contrato de seguro** documentado en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027.

13. LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS NÚMERO 660 88 994000000027 SE CONCERTÓ BAJO LA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA “CLAIMS MADE”

En el presente caso, la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil para Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027, expedida por mi procurada, se concertó bajo la modalidad de cobertura *claims made*, lo que significa que para que opere el contrato de seguro deberán concurrir los siguientes presupuestos, que deben ser verificados por el

juzgador: **(i)** que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y **(ii)**, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

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

*Artículo 4. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, **y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo**, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.*

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

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

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

De lo transcrito se colige que cuando un seguro se pacta bajo la modalidad “Claims Made” o “de reclamación”, exige que para que se dé aplicación a la cobertura pactada deben cumplirse simultáneamente los siguientes requisitos: **(i)** que los eventos que dieron origen al proceso ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y **(ii)** que dichos eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

En el caso que nos ocupa se tiene que el contrato de seguro documentando en póliza número 660 88 994000000027, efectivamente se concertó en dicha modalidad, con un periodo retroactividad de a partir del 30 de agosto de 2017:

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 30 de Agosto de 2017. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

Siendo las cosas de este modo, el referido contrato de seguro expedido por mi procurada, se concertó bajo la modalidad de cobertura *claims made*, lo que significa que para que opere el contrato de seguro deberán concurrir los siguientes presupuestos, que deben ser verificados por el juzgador: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y (ii), que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

14. EN CUALQUIER EVENTO, LA OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA NO PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DE LOS AMPAROS OTORGADOS A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS NÚMERO 660 88 994000000027

En el evento hipotético en que el despacho declarará la responsabilidad civil de la entidad asegurada, y la de mi representada, la eventual condena que se imponga a mi procurada deberá circunscribirse a las condiciones particulares y generales contenidas en la Póliza número 660 88 994000000027, a través de las cuales se definió y limitó el alcance de la cobertura otorgada, de acuerdo, además, a las normas que sobre derecho de seguros contiene el Código de Comercio.

En efecto, y sin perjuicio de lo expuesto en las excepciones precedentes, debe advertirse que en la póliza utilizada como fundamento para vincular a mi representada al presente proceso, se estipularon las condiciones de la responsabilidad del asegurador, sus límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, Etc., de manera que son estos los parámetros que determinarán la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi procurada, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo, sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad.

Ahora bien, la obligación del asegurador solo se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto, la obligación

indemnizatoria o de reembolso a su cargo, se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en su artículo 1079, establece: “...*El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada...*”, claro está, sin perjuicio del respectivo deducible pactado, es decir, de aquella porción que de cualquier pérdida le corresponda asumir al asegurado.

De acuerdo con los artículos 1079 y 1089 del Código de Comercio, la responsabilidad máxima del asegurador se limita a la suma asegurada, de manera que ese es el límite de la responsabilidad asumida por la aseguradora, siempre y cuando se compruebe que se cumplió la condición de la que nació su obligación de indemnizar, y obviamente, el daño y la cuantía de este. Adicionalmente, en el evento de presentarse otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderán como una sola pérdida y la obligación de mi representada estará limitada a la suma asegurada señalada en la póliza, conforme a lo dispuesto en los artículos 1079 y 1089 del C. de Co. Es decir que el límite agregado anual del valor asegurado por vigencia se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas.

Por lo expuesto, es importante mencionar que la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil para Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027, tiene el siguiente límite asegurado para el amparo denominado *responsabilidad civil institucional*, que corresponde al que eventualmente podría afectarse:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00
	RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	2,000,000,000.00
	TRANSPORTE EN AMBULANCIA	2,000,000,000.00
	RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	2,000,000,000.00
	USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	2,000,000,000.00
	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	2,000,000,000.00
	GASTOS DE DEFENSA	400,000,000.00

Es claro entonces, que en el hipotético e improbable evento en que prosperen las pretensiones de la demanda, el amparo que se afectaría es el denominado *responsabilidad civil institucional*, lo que significa que la aseguradora en ningún caso estará obligada a pagar una indemnización que exceda el equivalente a \$2.000.000.000.

Igualmente, deberá el despacho tener en cuenta las condiciones generales aplicables, contenidas en la forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI.

15. EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS NÚMERO 660 88 994000000027 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000.

En efecto, en la póliza en estudio, se estipuló adicionalmente la existencia de un deducible, el cual legalmente está permitido, luego que se encuentra consagrado en Art. 1103 del C. Co.; este 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 (...)”

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

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

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

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 vinculada en esta contienda, el deducible pactado fue del **10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$ 15.000.000**, así se determinó en el negocio asegurativo estudiado:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA

En ese orden, solicito respetuosamente que en caso de que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi procurada, su eventual obligación indemnizatoria se sujete estrictamente a las estipulaciones contractuales contenidas en la mentada póliza, puntualmente, al deducible pacto equivalente al **10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000.**

16. EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS NÚMERO 660 88 994000000027 SE PACTÓ UN SUBLÍMITE RESPECTO A LOS EVENTUALES PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Se plantea esta excepción, solo si en gracia de discusión se profiriera un fallo condenatorio en contra de mi representada, a fin de que se tengan en cuenta las condiciones particulares de la póliza, específicamente la relacionada con el **sublímite del 50% del valor asegurado en la póliza por evento, y del 80% del valor asegurado de la póliza por vigencia,** respecto a los eventuales perjuicios **extrapatrimoniales** a los que resulte condenado el asegurado.

Sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad a cargo de mi mandante, se plantea esta excepción en gracia de discusión, para explicar que mi representada sólo está obligada a responder, al tenor de las obligaciones expresamente estipuladas en el contrato de seguro. Luego, no puede entenderse comprometido al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados por el tomador y que se encuentren por fuera del objeto de cobertura. Es preciso señalar que, de conformidad con las condiciones particulares de la póliza de vinculada, las coberturas del seguro respecto de perjuicios extrapatrimoniales, se limitaron de la siguiente manera:

" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 80% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el lucro cesante.

En ese orden, deberá tenerse en cuenta que tal sublímite no es adicional, sino que **se encuentra incluido dentro del límite del valor asegurado,** y en tal sentido, solicito

respetuosamente que, en caso de que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi procurada, su eventual obligación indemnizatoria se sujete estrictamente a las referidas estipulaciones contractuales.

En la causa que nos asiste, de acuerdo con los límites máximos establecidos en el contrato asegurativo, el monto máximo que hipotéticamente correspondería a mi procurada indemnizar, por los reprochados en el libelo genitor, específicamente para los perjuicios extrapatrimoniales, está sublimitado por el **50% del valor asegurado en la póliza por evento, y del 80% del valor asegurado de la póliza por vigencia**, a los que resulte condenado el asegurado, como se observa en el extracto de arriba. De manera que respetuosamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio de que en el caso bajo análisis no exista realización del riesgo asegurado por ausencia patente de un error médico y por ello resulte improcedente la afectación a la póliza. En todo caso, deberá indicarse que dicha póliza contiene unos sublímites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Despacho en el remoto e improbable evento de una condena en contra de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**.

17. CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS NÚMERO 660 88 994000000027

Dentro de las condiciones de la póliza expedida por mi representada, se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo, y delimitan la extensión del riesgo que asumió. Puntualmente, se pactaron una serie de exclusiones a la cobertura que, al configurarse, exoneran de obligación indemnizatoria a mi procurada.

En efecto, la concertación de tales causales de exclusión de cobertura, tienen sustento en el artículo 1056 del Código de Comercio, conforme al cual el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

Artículo 1056. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

En virtud de la facultad citada en el referido artículo, mi procurada decidió otorgar determinados amparos, supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, e incorporó en la póliza determinadas barreras cualitativas que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente, como se dijo, como exclusiones de la cobertura.

En consecuencia, de hallarse, según la prueba recaudada, que se materializó alguna de las

exclusiones concertadas en el contrato de seguro, la póliza en cuestión no tendría cobertura. De igual modo ocurre si logra acreditarse al menos una de las demás exclusiones consignadas en las condiciones generales o particulares de la referida póliza, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

18. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Me refiero a cualquier hecho o derecho a favor de los demandados, y especialmente, de mi representada, que resultare probado dentro del proceso. En ese sentido, y de conformidad con el artículo 282 del C.G.P., solicito declarar probada cualquier otra excepción que resulte acreditada en el curso del litigio.

CAPITULO I:

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO PRIMERO: Es cierto que dentro del proceso con radicado 76-111-31-03-002-2022-00080-00 se persigue que se declare civilmente responsable a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, por los daños y perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que en sentir de los demandantes fueron generados como consecuencia del fallecimiento de la señora PATRICIA MUÑOZ RENGIFO en hechos ocurridos el 11 de febrero de 2018 y el 17 de agosto de 2018. En cualquier caso, debe advertirse que dicha responsabilidad no se encuentra debidamente acreditada comoquiera que: **(i)** el procedimiento quirúrgico de colelap fue debidamente ordenado; **(ii)** la técnica empleada en dicha intervención quirúrgica estuvo acorde a la *lex artis*, como se indicó en el dictamen pericial adjunto a la demanda; **(iii)** el evento adverso a la salud de la nombrada correspondió en realidad a la materialización de una complicación propia del procedimiento que se realizó; y **(iv)** la evolución de la paciente estuvo condicionada a sus múltiples patologías y afecciones de salud que ya padecía, y que por tanto, son ajenas al acto médico. De este modo, y siendo que la obligación de los profesionales en salud para estos casos es de medio y no de resultado, no puede existir responsabilidad de las instituciones en comento, cuando no se evidencia falla alguna en la prestación de los servicios, pese a que el diagnóstico, evolución o resultado de la intervención médica resulten adversos.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: NO ES CIERTO como está redactado y se aclara. Si bien para la fecha del 20 de diciembre de 2019, momento en el que se dio la Audiencia de Conciliación Extrajudicial, se encontraba vigente la póliza No. 660 88 994000000027 con modalidad de claims made, contraída entre la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y mi representada; lo cierto es que este contrato de seguro **no ofrece cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que, (i) En este caso operó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en cabeza del asegurado, por cuanto transcurrieron más de dos años desde que la víctima radicó la primera reclamación al asegurado y la fecha en la que se formuló el llamamiento a mi mandante. En ese sentido, es claro que dicha prescripción deberá declararse en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio y como consecuencia, la referida póliza no podrá afectarse; (ii) tal como en líneas siguientes se explicará en detalle, la entidad asegurada incumplió las garantías estipuladas en la póliza, relacionadas con el diligenciamiento de la historia clínica. En tal virtud, y conforme a lo dispuesto en el artículo 1061 del Código de Comercio, no existe obligación indemnizatoria alguna a cargo de mi procurada; y (iii) de todos modos, no se realizó el riesgo asegurado en la mentada póliza, comoquiera que la responsabilidad que pretende atribuirse a la entidad asegurada NO se acreditó.

En cualquier caso, se aclara que, si hipotéticamente se prohiriera un fallo condenatorio, teniendo en cuenta que según los anexos de la demanda la reclamación al asegurado se efectuó el 14 de enero de 2020, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, **el único contrato de seguro que podría afectarse corresponde al documentado en el Anexo 0, que comprende la vigencia entre el 30 de agosto de 2019 al 30 de agosto de 2020**, y en todo caso, una eventual condena a la aseguradora, **deberá circunscribirse a los términos de su cobertura, alcances otorgados, deducible y exclusiones pactadas.**

FRENTE AL HECHO TERCERO: NO ES CIERTO como está redactado y se aclara. Si bien FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA tiene el derecho contractual de llamar en garantía a mi representada, lo cierto es que las circunstancias de ocurrencia del siniestro deben ajustarse a las coberturas y condiciones pactadas en la póliza. Luego en este caso, es claro que el contrato de seguro **no ofrece cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que: (i) En este caso operó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en cabeza del asegurado, por cuanto transcurrieron más de dos años desde que la víctima radicó la primera reclamación al asegurado y la fecha en la que se formuló el llamamiento a mi mandante. En ese sentido, es claro que dicha prescripción deberá declararse en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio y como consecuencia, la referida póliza no podrá afectarse; (ii) tal como en líneas siguientes se explicará en detalle, la entidad asegurada incumplió las garantías estipuladas en la póliza, relacionadas con el diligenciamiento de la historia clínica. En tal virtud, y conforme a lo dispuesto en el artículo 1061 del Código de Comercio, no existe obligación indemnizatoria alguna a cargo de mi procurada; y (iii) de todos modos, no se realizó el riesgo asegurado en

la mentada póliza, comoquiera que la responsabilidad que pretende atribuirse a la entidad asegurada NO se acreditó.

En cualquier caso, se aclara que, si hipotéticamente se prohiriera un fallo condenatorio, teniendo en cuenta que según los anexos de la demanda la reclamación al asegurado se efectuó el 14 de enero de 2020, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, **el único contrato de seguro que podría afectarse corresponde al documentado en el Anexo 0, que comprende la vigencia entre el 30 de agosto de 2019 al 30 de agosto de 2020**, y en todo caso, una eventual condena a la aseguradora, **deberá circunscribirse a los términos de su cobertura, alcances otorgados, deducible y exclusiones pactadas.**

FRENTE AL HECHO CUARTO: NO ES CIERTO como está redactado y se aclara. De forma independiente a que los hechos hayan ocurrido dentro del periodo de retroactividad, *per se* no puede inferirse que tengan cobertura. Las circunstancias de ocurrencia del siniestro deben ajustarse a las coberturas y condiciones pactadas en la póliza. Luego en este caso, es claro que el contrato de seguro **no ofrece cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que: (i) En este caso operó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en cabeza del asegurado, por cuanto transcurrieron más de dos años desde que la víctima radicó la primera reclamación al asegurado y la fecha en la que se formuló el llamamiento a mi mandante. En ese sentido, es claro que dicha prescripción deberá declararse en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio y como consecuencia, la referida póliza no podrá afectarse; (ii) tal como en líneas siguientes se explicará en detalle, la entidad asegurada incumplió las garantías estipuladas en la póliza, relacionadas con el diligenciamiento de la historia clínica. En tal virtud, y conforme a lo dispuesto en el artículo 1061 del Código de Comercio, no existe obligación indemnizatoria alguna a cargo de mi procurada; y (iii) de todos modos, no se realizó el riesgo asegurado en la mentada póliza, comoquiera que la responsabilidad que pretende atribuirse a la entidad asegurada NO se acreditó.

En cualquier caso, se aclara que, si hipotéticamente se prohiriera un fallo condenatorio, teniendo en cuenta que según los anexos de la demanda la reclamación al asegurado se efectuó el 14 de enero de 2020, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, **el único contrato de seguro que podría afectarse corresponde al documentado en el Anexo 0, que comprende la vigencia entre el 30 de agosto de 2019 al 30 de agosto de 2020**, y en todo caso, una eventual condena a la aseguradora, **deberá circunscribirse a los términos de su cobertura, alcances otorgados, deducible y exclusiones pactadas.**

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO

ME OPONGO a la única pretensión incoada en el llamamiento en garantía, por cuanto no se vislumbran los elementos *sine qua non* para predicar, como exigible, la obligación indemnizatoria de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**. Pues si bien el entre la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y mi mandante celebró un contrato de seguro contenido en la póliza 660 88 994000000027. Lo cierto es que la póliza no puede afectarse comoquiera que:

- En primer lugar, este caso operó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en cabeza del asegurado, por cuanto transcurrieron más de dos años desde el **20 de diciembre de 2019**, fecha en que la víctima radicó la primera reclamación al asegurado vía solicitud de conciliación en el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, que se llevó a cabo el **14 de enero de 2020**, y la fecha en la que se formuló el llamamiento a mi mandante, el cual data del 19 de diciembre del 2022. De manera que el término previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, feneció el **01 de mayo de 2022**⁴⁴, no obstante, la convocatoria en garantía que nos ocupa fue formulada solo **hasta el 19 de diciembre de 2022**, cuando evidentemente, el término bienal de prescripción ya se había consumado. En ese sentido, es claro que dicha prescripción deberá declararse en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio y como consecuencia, la referida póliza no podrá afectarse.
- En segundo lugar, toda vez que la entidad asegurada incumplió las garantías estipuladas en la póliza, relacionadas con el diligenciamiento de la historia clínica. En tal virtud, y conforme a lo dispuesto en el artículo 1061 del Código de Comercio, no existe obligación indemnizatoria alguna a cargo de mi procurada, puesto que según la historia clínica adjunta a la demanda, la asegurada violó los compromisos o garantías que otorgó, comoquiera que, una vez revisada dicha historia clínica, se observa que **no se aplicaron las normas que rigen el manejo de dicha historia clínica**, en tanto no obra el registro de una presunta atención médica suministrada el 16 de febrero de 2018. En esos términos, es claro que la aseguradora debe ser exonerada de cualquier obligación indemnizatoria
- Adicionalmente, es claro dentro de las pruebas que obran en el plenario que no concurren los elementos configurativos de la responsabilidad civil extracontractual, **por inexistencia de la supuesta falla en la prestación del servicio médico prestado a la señora Patricia Muñoz Rengifo**, comoquiera que: (i) el procedimiento quirúrgico de colelap fue debidamente ordenado; (ii) la técnica empleada en dicha intervención quirúrgica estuvo acorde a la *lex artis*, como se indicó en el dictamen pericial adjunto a la demanda; (iii) el evento adverso a la salud de la nombrada correspondió en realidad a la materialización de una complicación propia del procedimiento que se realizó; y (iv) la evolución de la paciente estuvo condicionada a sus múltiples patologías y afecciones de salud que ya

⁴⁴ Debido a la suspensión de términos ordenada en el Decreto 564 de 2020.

padecía, y que por tanto, son ajenas al acto médico. De este modo, y siendo que la obligación de los profesionales en salud para estos casos es de medio y no de resultado, no puede existir responsabilidad de las instituciones en comento, cuando no se evidencia falla alguna en la prestación de los servicios, pese a que el diagnóstico, evolución o resultado de la intervención médica resulten adversos.

III. EXCEPCIONES DE FONDO AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

En el presente caso, se configuró la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, comoquiera que, según los anexos de la demanda, la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ tuvo conocimiento de la reclamación realizada por la víctima, **por lo menos desde el 18 de diciembre de 2019**, cuando se radicó la solicitud de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, que se llevó a cabo el **14 de enero de 2020**, de manera que el término previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, feneció el **01 de mayo de 2022**⁴⁵, no obstante, la acción que nos ocupa fue formulada solo **hasta el 19 de diciembre de 2022**, cuando evidentemente, el término bienal de prescripción ya se había consumado. Si bien, en capítulo anterior se trató la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro frente a la víctima, en esta excepción se pretende alegar la prescripción derivada del contrato de seguro frente al asegurado, es decir, frente a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

Al respecto debe decirse que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y

⁴⁵ Debido a la suspensión de términos ordenada en el Decreto 564 de 2020.

negrilla fuera del texto original)

Por otro lado, en lo atinente a los seguros de responsabilidad, para evaluar la prescripción derivada del contrato de seguro es necesario analizar el artículo 1131 del Código de Comercio que establece:

“ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así, deberá en los seguros de responsabilidad empezará a contarse el término prescriptivo frente al asegurado, desde el momento en que la víctima realiza la primera reclamación judicial o extrajudicial. Pues es desde esta fecha en que empezarán a correr los dos años para que prescriba la acción derivada del contrato de seguro frente al asegurado. Así es como en reiteradas oportunidades lo ha indicado la Corte, precisando que el término prescriptivo del llamado en garantía deberá empezar a contarse a partir de la fecha en que se realiza la reclamación judicial o extrajudicial al asegurado, como se lee:

“Rememórese que, según el artículo 1131 del Código de Comercio, modificado por la ley 45 de 1990, en los seguros por responsabilidad se entiende «ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado...», momento que, además de ser el jalón para el comienzo del término prescriptivo, debe estar incluido en el plazo de vigencia de la póliza respectiva.”

(...)

“Para señalar, por ejemplo, el debate del gobierno del artículo 1131 del Código de Comercio, en materia de prescripción por las imprecisiones que pudo presentar al aprobarse o ponerse en vigencia en 1971 el Código de Comercio Nacional vigente, al distinguir la fecha del siniestro para el asegurado y la víctima como factores detonantes de la prescripción, con la Ley 45 quedaron zanjadas todas las dudas o diferencias, en relación con los arts. 1081 del C. de Co. y 2536 del C.C., desapareciendo todo desequilibrio entre víctima, asegurado y aseguradora en el punto prescriptivo.”⁴⁶(subrayado y negrilla fuera del texto original)

En distinto pronunciamiento, la misma corporación indicó que el término prescriptivo del llamado en garantía deberá empezar a contarse a partir de la fecha en que se realiza la reclamación judicial o extrajudicial al asegurado, como se lee:

“Del contenido de ese mandato refulge, sin duda, que en los seguros de

⁴⁶ Corte Suprema de Justicia, SC 130-180 del 12 de febrero de 2018, M.P. Arold Wilson Quiroz Monsalvo.

responsabilidad civil, especie a la que atañe el concertado entre Flota Occidental S.A. y Axa Colpatría Seguros S.A., subsisten dos sub-reglas cuyo miramiento resulta cardinal para arbitrar cualquier trifulca de esa naturaleza. La primera, consistente en que el término de prescripción de las acciones que puede ejercer el agredido contra el ofensor corre desde la ocurrencia del “riesgo asegurado” (siniestro). **Y la segunda, que indica que para la aseguradora dicho término inicia su conteo a partir de que se le plantea la petición judicial o extrajudicial de indemnización por la situación o circunstancia lesiva al tercero,** no antes ni después de uno de tales acontecimientos, lo que revela el error del censurado que percibió cosa diversa.

Ello es así, sobre todo porque si la aseguradora no fue perseguida mediante acción directa, sino que acudió a la lid en virtud del llamamiento en garantía que le hizo Flota Occidental S.A. (demandada) para que le reintegrara lo que tuviera que sufragar de llegar a ser vencida, era infalible aplicar el precepto 1081 ib., en armonía con lo consagrado en el artículo 1131 ib. a efectos de constatar si la intimación se le hizo o no de forma tempestiva.

De lo antelado se infiere, con certeza, que en este evento, **al estar de por medio un seguro de responsabilidad civil, pues fue en virtud de ese pacto que Flota Occidental requirió a Axa Colpatría Seguros S.A. (llamada en garantía), era, pues, impostergable establecer, con base en la citada disposición (art. 1131 ib.), desde cuándo empezó a correr el término de prescripción bienal o quinquenal de las acciones contractuales que podía ejercer la transportadora frente a la aseguradora, valga decir, si desde que los causahabientes de los fallecidos le reclamaron por vía extrajudicial ora judicialmente; ello con el fin de conocer la suerte de la excepción de prescripción** que Axa Colpatría Seguros S.A., enarboló con miras a fraguar el llamado que le hizo Flota Occidental S.A., (asegurada), por ser esa, y no otra la directiva indicada para sortear tal incógnita.

Para reforzar lo dicho, es preciso señalar que en el ramo de los seguros de responsabilidad civil la ley no exige que el productor del menoscabo primero sea declarado responsable para que pueda repetir contra el asegurador, pues basta con que al menos se la haya formulado una reclamación (judicial o extrajudicial), ya que a partir de ese hito podrá dirigirse contra la aseguradora en virtud del contrato de seguro; luego, siendo ello así, como en efecto lo es, mal se haría al computarle la prescripción de las acciones que puede promover contra su garante desde época anterior al instante en que el perjudicado le reclama a él como presunto infractor.”⁴⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto)

En esa misma determinación y siguiendo la misma línea respecto del momento en que debe empezar a contarse el término prescriptivo, hizo ver que:

“(…) La demanda judicial o extrajudicial de la indemnización de la víctima al

⁴⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SCT13948-2019 M.P Octavio Augusto Tejeiro

asegurado, la toma el citado precepto como hecho mínimo para la exigibilidad de la responsabilidad que pueda reclamar el asegurado frente al asegurador [...] Luego si solo desde ese instante puede reclamarse la responsabilidad al asegurador por parte del asegurado, mal puede hacerse el cómputo de la prescripción desde época anterior (CSJ SC de 18 de may. de 1994, Rad. 4106).”

⁴⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto)

De modo que resulta claro, que el término bienal para que opere la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro deberá empezar a contarse desde el momento en que la víctima hace la reclamación al asegurado, pues es allí cuando nace la obligación condicional de esta, así lo ha expuesto la Corte y lo ha confirmado en diversos planteamientos jurisprudenciales que dan cuenta de que es la fecha de la reclamación extrajudicial la que marca el hito temporal a partir del cual deberá empezar a contarse el término bienal de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro.

Finalmente, vale la pena resaltar que el Consejo de Estado rememoró anteriores pronunciamientos frente a la prescripción de que trata el artículo 1131 del Código de Comercio, indicando que el término a partir del cual empieza a correr la prescripción frente al asegurado, es justamente a partir del momento en que se realiza la petición judicial o extrajudicial que le efectúe la víctima. Expuso:

“(...) Es claro, sin perjuicio del régimen prescriptivo establecido en el artículo 1131 del C. de Co. para el seguro de responsabilidad civil, en el que la prescripción corre frente al asegurado a partir del momento de la petición indemnizatoria, (judicial o extrajudicial), que efectúe la víctima, y, respecto de ésta, desde “el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado”, según lo esclareció el legislador del año 1.990 (art. 86, Ley 45).⁴⁹

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que la víctima presentó reclamación extrajudicial al asegurado la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ desde **el 18 de diciembre de 2019**, cuando se radicó la solicitud de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, que se llevó a cabo el **14 de enero de 2020**, de manera que el término previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, feneció el **01 de mayo de 2022⁵⁰**.

Ahora bien, teniendo en cuenta la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro frente al asegurado opera dentro de los dos años siguientes a la fecha en que la víctima realiza la primera reclamación al asegurado, no hay lugar a dudas que la acción se encuentra totalmente prescrita. Lo anterior, por cuanto el llamamiento en garantía a la

⁴⁸ Ibidem

⁴⁹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Radicación No. 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472) C.P. Danilo Rojas Betancourt

⁵⁰ Debido a la suspensión de términos ordenada en el Decreto 564 de 2020.

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. fue formulado hasta el día **19 de diciembre de 2022**. Es decir, más de dos años luego de la reclamación que efectuó la víctima al asegurado, por lo cual es evidente que en el presente caso operó el fenómeno jurídico de la prescripción, como se observa:

Fwd: CONTESTACIÓN DEMANDA - PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA - RAD.2022-00080-00 - DIANA MARCELA BLANDON MUÑOZ Y OTROS Vs. FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Y OTROS

Gloria P. Hurtado <juridico@fhsjb.org>

Lun 19/12/2022 16:27

Para: Juzgado 02 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Guadalajara De Buga
<j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>; contacto@azurabogados.com
<contacto@azurabogados.com>; dianablandon81@hotmail.com
<dianablandon81@hotmail.com>; dogui71@hotmail.com
<dogui71@hotmail.com>; maicolrodriguez@azurabogados.com <maicolrodriguez@azurabogados.com>; letty
Fernanda Arboleda Cordoba <juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co>; Darío Rosero
<emssanarsas@emssanar.org.co>; Diana Vanessa BENJUMEA FLOREZ
<notificacionesjudiciales@axacolpatria.co>; comunicaciones@cenvalle.com
<comunicaciones@cenvalle.com>; notificaciones@solidaria.com.co
<notificaciones@solidaria.com.co>; njudiciales@mapfre.com.co
<njudiciales@mapfre.com.co>; aymerospina@hotmail.com
<aymerospina@hotmail.com>; saritam1809@hotmail.com <saritam1809@hotmail.com>; marciali 16
<marciali_16@hotmail.com>

CC: Auxiliar Oficina Juridica <auxjuridico@fhsjb.org>

Guadalajara de Buga, 19 de diciembre de 2022.

Señores
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA.
E.S.D.

ASUNTO:	CONTESTACIÓN DEMANDA.
PROCESO:	VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA.
DEMANDANTES:	DIANA MARCELA BLANDON MUÑOZ Y OTROS.
DEMANDADOS:	FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Y OTRO.
RADICADO:	76-111-31-03-002-2022-00080-00.

Cordial saludo,

Por medio del presente y estando dentro del término concedido por el Despacho. me permito adjuntar la contestación de la demanda por parte de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** y los llamamientos en garantía, a fin de que obren dentro del PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA promovido por la señora DIANA MARCELA BLANDON MUÑOZ Y OTROS contra la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Y OTROS con radicado No. 76-111-31-03-002-2022-00080-00.

En tal sentido, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del asegurado en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por cuanto es claro que el término prescriptivo feneció con creces, al haber transcurrido más de dos años desde que la víctima formuló reclamación extrajudicial al asegurado el **18 de diciembre de 2019**, o desde el momento en que se llevó a cabo la audiencia el **14 de febrero de 2020**. Lo anterior no cambia, por el hecho de que el H. Consejo Superior de la Judicatura, ordenó suspender los términos judiciales desde el 16 de marzo de 2020 hasta el 30 de junio del

2020 (por declaración del estado de emergencia por el covid-19), ya que, descontando este lapso de suspensión, que fue de 107 días, de todos modos, el fenómeno prescriptivo de las acciones se habría producido el **01 de mayo del 2022**.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción, por cuanto el terminó prescriptivo feneció el **01 de mayo de 2022** sin que a dicha fecha se hubiere efectuado la acción correspondiente.

En conclusión, al haber operado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en cabeza del asegurado, por cuanto transcurrieron más de dos años desde **el 18 de diciembre de 2019**, cuando radicó la solicitud de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Buga, que se llevó a cabo el **14 de enero de 2020**. Así las cosas, fue a partir de este momento que inició el cómputo del término bienal de prescripción, y, por tanto, feneció el **01 de mayo de 2022**⁵¹. No obstante, la acción que nos ocupa fue formulada solo **hasta el mes de agosto de 2022**, cuando evidentemente, el término bienal de prescripción ya se había consumado.

En conclusión, ninguna pretensión formulada en contra de mi procurada está llamada a prosperar, en tanto las acciones derivadas del contrato de seguro por ella expedido se encuentran prescritas.

2. EXONERACIÓN DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA POR INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ASEGURADO DE LAS GARANTÍAS EXPRESAMENTE ESTIPULADAS EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA NÚMERO 660 88 994000000027

En el presente caso, sin perjuicio de la inexistente responsabilidad civil que pretende atribuirse a la pasiva, de todos modos, se propone esta excepción, a fin de advertir al despacho que no podrá nacer la obligación indemnizatoria de mi representada, comoquiera que la entidad asegurada incumplió las garantías estipuladas en la póliza (relacionadas con el diligenciamiento de la historia clínica) que, en consecuencia, la exoneran de responsabilidad, en los términos del artículo 1061 del Código de Comercio.

En efecto, el referido artículo 1061 consagra la definición y efectos de las garantías, en los siguientes términos:

*Artículo 1061. Definición de garantía. Se entenderá por garantía la **promesa en virtud de la cual el asegurado se obliga a hacer o no determinada cosa, o a cumplir determinada exigencia**, o mediante la cual afirma o niega la existencia de*

⁵¹ Debido a la suspensión de términos ordenada en el Decreto 564 de 2020

determinada situación de hecho.

La garantía deberá constar en la póliza o en los documentos accesorios a ella.

Podrá expresarse en cualquier forma que indique la intención inequívoca de otorgarla.

*La garantía, sea o no sustancial respecto del riesgo, **deberá cumplirse estrictamente**. En caso contrario, el contrato será anulable. Cuando la garantía se refiere a un hecho posterior a la celebración del contrato, el asegurador podrá darlo por terminado desde el momento de la infracción.*

Sobre el cumplimiento de las garantías, el doctor Andrés Ordóñez ha señalado:

"(...) es fundamental dentro del desarrollo del contrato de seguro y, vale la pena repetir, es a través de este fenómeno de las garantías que se ha permitido a la parte aseguradora, imponer al asegurado ciertos deberes de conducta cuyo incumplimiento, así no tenga injerencia en el estado del riesgo, pueda determinar consecuencias tan graves como la nulidad y la terminación del contrato"⁵².

Descendiendo al caso concreto, se tiene que la entidad asegurada otorgó y/o prometió lo siguiente, dentro de las condiciones particulares del seguro:

GARANTÍAS:

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

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

" Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio. *En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, **toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente**, así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesis, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos. (...)*

⁵² ORDÓÑEZ ORDÓÑEZ, Andres E. Las Obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro. Universidad Externado de Colombia, 2004. Pág. 73 y ss.

Similar estipulación obra dentro de las condiciones generales de la póliza:

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.

Sobre el diligenciamiento de la historia clínica, la Resolución número 1995 de 1999⁵³, prevé lo siguiente:

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son: (...)

*Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse **en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención**. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.*

CAPÍTULO II DILIGENCIAMIENTO

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.

***Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza**, con el nombre completo y firma del autor de la misma.*

Descendiendo al caso concreto, según la historia clínica adjunta a la demanda, la asegurada violó los compromisos o garantías que otorgó, comoquiera que, una vez revisada dicha historia clínica, se observa que **no se aplicaron las normas que rigen el manejo de dicha historia clínica**, en tanto no obra el registro de una presunta atención médica suministrada el 16 de febrero de 2018. De hecho, en la anotación del día 18 del mismo mes y año se indica que la paciente fue “**VALORADA HACE 2 DÍAS POR URGENCIAS**”, sin embargo, el registro clínico de esa fecha no obra dentro de la historia clínica adjunta a la

⁵³ Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf>.

demanda:

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE COLELAP REALIZADA EN NUESTRA INSTITUCION EL DIA 11/02/18. RECONSULTANTE EN EL POSQUIRURGICO POR DOLOR ABDOMINAL. ASOCIADO A EPISODIO FEBRIL; VALORADA HACE 2 DIAS POR URGENCIAS DONDE SE DA EGRESO, AHORA RECONSULTA POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO, CON ENFASIS EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO. NO REFIERE MAS.

Dicha circunstancia es también advertida por el médico que rindió el dictamen pericial adjunto a la demanda:

Reingresa el 18/02/2021 19:22 al servicio de urgencias, 7 días después. Valoración por médico de urgencias: Dos días de dolor intenso en lado izquierdo del abdomen, distensión abdominal, fiebre y deterioro del estado general. Ha consultado dos veces a la institución (**no hay registro**). Al examen físico: signos vitales normales, sin fiebre, escleras ictericas (coloración amarilla de la porción blanca del ojo por bilirrubina), dolor abdominal al palpar hacia la izquierda (lejos de la vesícula biliar) sin signos de irritación abdominal (sin signos de peritonitis). Impresión diagnóstica:

En razón a lo anterior, y comoquiera que no se aplicaron las normas que rigen el diligenciamiento de la historia clínica, según lo dispuesto en la citada Resolución, y que ello constituyó una garantía que prometió la asegurada, el incumplimiento a la misma libera de obligación indemnizatoria a mi procurada, en los términos del artículo 1061 del Código de Comercio.

3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, POR CUANTO EN TODO CASO, NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO

Mediante el contrato de seguro documentado en la póliza número 660 88 994000000027 mi procurada amparó, entre otros, la eventual responsabilidad civil en la que pudiera incurrir la entidad asegurada por errores u omisiones durante el desarrollo de su actividad profesional. De este modo, al no concurrir los presupuestos necesarios para estructurar dicha responsabilidad -como en efecto ocurre en este caso-, por ausencia de falla o error atribuible a Fundación Hospital San José de Buga, el riesgo amparado no se entiende realizado y, por tanto, es imposible afectar el contrato de seguro.

La Corte Suprema de Justicia⁵⁴ ha reiterado que para que exista la obligación de indemnizar a cargo de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito indispensable la realización del riesgo asegurado, de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, **dado que sin daño o sin detrimento patrimonial**

⁵⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de diciembre de 2017. SC20950-2017. Radicación 05001-31-03-005-2008-00497-01.

no puede operar el contrato:

*Una de las características de este tipo de seguro es «**la materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado**», sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa». (Negrita en el texto original).*

En el caso que nos ocupa, se tiene que entre la demandada Fundación Hospital San José de Buga y mi procurada se concertó un contrato de seguro documentado en la póliza referida, a través del cual se amparó la responsabilidad civil en la que pudiera incurrir la sociedad asegurada, como consecuencia de errores u omisiones atribuibles durante el desarrollo de su actividad profesional, en los siguientes términos:

Ahora bien, como ya se ha argumentado de manera reiterada y suficiente, las pretensiones

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.

contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Ello, porque dentro del expediente carece absolutamente de prueba el supuesto error o falla en la prestación del servicio médico que se suministró a la señora Patricia Muñoz. Por lo anterior, al ser claro que no hay posibilidad de que exista una declaración de responsabilidad civil en contra de Fundación Hospital San José de Buga y mucho menos una condena, no existe fundamento para afectar la póliza concertada con mi representada, pues no ocurre el riesgo asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza.

En suma, se concluye que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil que pretende endilgarse a los demandados, estamos ante **la ausencia de la ocurrencia de la condición suspensiva de la pende la afectación del contrato de seguro** documentado en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027.

4. LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS

NÚMERO 660 88 994000000027 SE CONCERTÓ BAJO LA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA “CLAIMS MADE”

En el presente caso, la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil para Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027, expedida por mi procurada, se concertó bajo la modalidad de cobertura *claims made*, lo que significa que para que opere el contrato de seguro deberán concurrir los siguientes presupuestos, que deben ser verificados por el juzgador: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y (ii), que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

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

*Artículo 4. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, **y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo**, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.*

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

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

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

De lo transcrito se colige que cuando un seguro se pacta bajo la modalidad “*Claims Made*” o “*de reclamación*”, exige que para que se dé aplicación a la cobertura pactada deben cumplirse simultáneamente los siguientes requisitos: (i) que los eventos que dieron origen al proceso ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y (ii) que dichos eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia

de la póliza.

En el caso que nos ocupa se tiene que el contrato de seguro documentando en póliza número 660 88 994000000027, efectivamente se concertó en dicha modalidad, con un periodo retroactividad de a partir del 30 de agosto de 2017:

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 30 de Agosto de 2017. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

Siendo las cosas de este modo, el referido contrato de seguro expedido por mi procurada, se concertó bajo la modalidad de cobertura *claims made*, lo que significa que para que opere el contrato de seguro deberán concurrir los siguientes presupuestos, que deben ser verificados por el juzgador: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y (ii), que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

5. EN CUALQUIER EVENTO, LA OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA NO PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DE LOS AMPAROS OTORGADOS A TRAVÉS DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS NÚMERO 660 88 994000000027

En el evento hipotético en que el despacho declarará la responsabilidad civil de la entidad asegurada, y la de mi representada, la eventual condena que se imponga a mi procurada deberá circunscribirse a las condiciones particulares y generales contenidas en la Póliza número 660 88 994000000027, a través de las cuales se definió y limitó el alcance de la cobertura otorgada, de acuerdo, además, a las normas que sobre derecho de seguros contiene el Código de Comercio.

En efecto, y sin perjuicio de lo expuesto en las excepciones precedentes, debe advertirse que en la póliza utilizada como fundamento para vincular a mi representada al presente proceso, se estipularon las condiciones de la responsabilidad del asegurador, sus límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, Etc., de manera que son estos los parámetros que determinarán la posible responsabilidad que podría atribuirse a

mi procurada, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo, sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad.

Ahora bien, la obligación del asegurador solo se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto, la obligación indemnizatoria o de reembolso a su cargo, se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en su artículo 1079, establece: “...*El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada...*”, claro está, sin perjuicio del respectivo deducible pactado, es decir, de aquella porción que de cualquier pérdida le corresponda asumir al asegurado.

De acuerdo con los artículos 1079 y 1089 del Código de Comercio, la responsabilidad máxima del asegurador se limita a la suma asegurada, de manera que ese es el límite de la responsabilidad asumida por la aseguradora, siempre y cuando se compruebe que se cumplió la condición de la que nació su obligación de indemnizar, y obviamente, el daño y la cuantía de este. Adicionalmente, en el evento de presentarse otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderán como una sola pérdida y la obligación de mi representada estará limitada a la suma asegurada señalada en la póliza, conforme a lo dispuesto en los artículos 1079 y 1089 del C. de Co. Es decir que el límite agregado anual del valor asegurado por vigencia se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas.

Por lo expuesto, es importante mencionar que la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil para Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027, tiene el siguiente límite asegurado para el amparo denominado *responsabilidad civil institucional*, que corresponde al que eventualmente podría afectarse:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00
	RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	2,000,000,000.00
	TRANSPORTE EN AMBULANCIA	2,000,000,000.00
	RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	2,000,000,000.00
	USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	2,000,000,000.00
	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	2,000,000,000.00
	GASTOS DE DEFENSA	400,000,000.00

Es claro entonces, que en el hipotético e improbable evento en que prosperen las pretensiones de la demanda, el amparo que se afectaría es el denominado *responsabilidad civil institucional*, lo que significa que la aseguradora en ningún caso estará obligada a pagar una indemnización que exceda el equivalente a \$2.000.000.000.

Igualmente, deberá el despacho tener en cuenta las condiciones generales aplicables, contenidas en la forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI.

6. EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS NÚMERO 660 88 994000000027 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000.

En efecto, en la póliza en estudio, se estipuló adicionalmente la existencia de un deducible, el cual legalmente está permitido, luego que se encuentra consagrado en Art. 1103 del C. Co.; este 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 (...)”

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

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

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

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 vinculada en esta contienda, el deducible pactado fue del **10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$ 15.000.000**, así se determinó en el negocio aseguratorio estudiado:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA

En ese orden, solicito respetuosamente que en caso de que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi procurada, su eventual obligación indemnizatoria se sujete estrictamente a las estipulaciones contractuales contenidas en la mentada póliza, puntualmente, al deducible pacto equivalente al **10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000.**

7. EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS NÚMERO 660 88 994000000027 SE PACTÓ UN SUBLÍMITE RESPECTO A LOS EVENTUALES PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Se plantea esta excepción, solo si en gracia de discusión se profiriera un fallo condenatorio en contra de mi representada, a fin de que se tengan en cuenta las condiciones particulares de la póliza, específicamente la relacionada con el **sublímite del 50% del valor asegurado en la póliza por evento, y del 80% del valor asegurado de la póliza por vigencia**, respecto a los eventuales perjuicios **extrapatrimoniales** a los que resulte condenado el asegurado.

Sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad a cargo de mi mandante, se plantea esta excepción en gracia de discusión, para explicar que mi representada sólo está obligada a responder, al tenor de las obligaciones expresamente estipuladas en el contrato de seguro. Luego, no puede entenderse comprometido al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados por el tomador y que se encuentren por fuera del objeto de cobertura. Es preciso señalar que, de conformidad con las condiciones particulares de la póliza de vinculada, las coberturas del seguro respecto de perjuicios extrapatrimoniales, se limitaron de la siguiente manera:

" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 80% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el lucro cesante.

En ese orden, deberá tenerse en cuenta que tal sublímite no es adicional, sino que **se encuentra incluido dentro del límite del valor asegurado**, y en tal sentido, solicito

respetuosamente que, en caso de que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi procurada, su eventual obligación indemnizatoria se sujete estrictamente a las referidas estipulaciones contractuales.

En la causa que nos asiste, de acuerdo con los límites máximos establecidos en el contrato asegurativo, el monto máximo que hipotéticamente correspondería a mi procurada indemnizar, por los reprochados en el libelo genitor, específicamente para los perjuicios extrapatrimoniales, está sublimitado por el **50% del valor asegurado en la póliza por evento, y del 80% del valor asegurado de la póliza por vigencia**, a los que resulte condenado el asegurado, como se observa en el extracto de arriba. De manera que respetuosamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio de que en el caso bajo análisis no exista realización del riesgo asegurado por ausencia patente de un error médico y por ello resulte improcedente la afectación a la póliza. En todo caso, deberá indicarse que dicha póliza contiene unos sublímites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Despacho en el remoto e improbable evento de una condena en contra de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**.

8. CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS NÚMERO 660 88 994000000027

Dentro de las condiciones de la póliza expedida por mi representada, se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo, y delimitan la extensión del riesgo que asumió. Puntualmente, se pactaron una serie de exclusiones a la cobertura que, al configurarse, exoneran de obligación indemnizatoria a mi procurada.

En efecto, la concertación de tales causales de exclusión de cobertura, tienen sustento en el artículo 1056 del Código de Comercio, conforme al cual el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

Artículo 1056. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa

asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

En virtud de la facultad citada en el referido artículo, mi procurada decidió otorgar determinados amparos, supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, e incorporó en la póliza determinadas barreras cualitativas que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente, como se dijo, como exclusiones de la cobertura.

En consecuencia, de hallarse, según la prueba recaudada, que se materializó alguna de las exclusiones concertadas en el contrato de seguro, la póliza en cuestión no tendría cobertura. De igual modo ocurre si logra acreditarse al menos una de las demás exclusiones consignadas en las condiciones generales o particulares de la referida póliza, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

9. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Me refiero a cualquier hecho o derecho a favor de los demandados, y especialmente, de mi representada, que resultare probado dentro del proceso. En ese sentido, y de conformidad con el artículo 282 del C.G.P., solicito declarar probada cualquier otra excepción que resulte acreditada en el curso del litigio.

CAPITULO III **MEDIOS DE PRUEBA**

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LA DEMANDA

RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PROVENIENTES DE TERCEROS

El artículo 262 del C.G.P. faculta a las partes dentro de un proceso para que, si a bien lo tienen, soliciten la ratificación de los documentos provenientes de terceros aportados por la parte contraria. Vale la pena resaltar, que esta disposición establece una clara consecuencia jurídica ante el evento en que una parte solicite la ratificación del documento y ello no se lleve a cabo:

*Artículo 262. Documentos declarativos emanados de terceros. Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, **salvo que la parte contraria solicite su ratificación**, (Negritas propias).*

Entonces, cabe señalar que el juez solo podrá apreciar probatoriamente los documentos

cuya ratificación se solicita si efectivamente esta se hace, como lo consagra el citado artículo. En tal virtud, solicito al despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras esta no solicite y obtenga su ratificación, y entre ellos, de manera enunciativa enumero los siguientes:

1. Copia de los contratos de prestación de servicios profesionales independientes (2), suscritos por las señoras María del Pilar Herrera Durán y Karina Viviana Martínez Acosta.
2. Copia de la factura emitida por COMFANDI, por valor de \$171.380.
3. Copia de los recibos de caja (2) emitidos por la sociedad Puntodrogas Buga.
4. Copia de las facturas de venta (2) emitidas por la Droguería Farmacia Buga.
5. Copia de los comprobantes de ingresos número 0519-008/050/027/095, emitidos por Roberto Gerardo Niño Sierra.
6. Copia del documento denominado “*Análisis Test de Familia*”, suscrito por Claudia Ximena Ospina.
7. Facturas emitidas por la Cámara de Comercio de Buga, por valor de \$358.190 y \$1.116.220.
8. Copia del documento denominado “*Análisis Test del árbol*”, suscrito por Claudia Ximena Ospina.
9. Copia del documento denominado “*Informe de acompañamiento en psicología*”, suscrito por Claudia Ximena Ospina

II. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

Solicito atentamente decretar y tener como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

Solicito se tengan como tales las siguientes, que anexo al presente escrito:

- i. Copia de las condiciones particulares de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027, anexos 0 a 12, los cuales ya se encuentran en el expediente por haber sido allegados con la contestación inicial.
- ii. Copia de las condiciones generales aplicables a la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027, contenidas en la forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI, los cuales ya se encuentran en el expediente por haber sido allegados con la contestación inicial.

- iii. Copia de la historia clínica de la señora Patricia Muñoz Rengifo, que ya obra en el expediente, los cuales ya se encuentran en el expediente por haber sido allegados con la contestación inicial.
- iv. Copia de la Consulta del Registro Único de Afiliados RUAF, de la señora Patricia Muñoz Rengifo, los cuales ya se encuentran en el expediente por haber sido allegados con la contestación inicial.
- v. Copia del poder especial a mí conferido, los cuales ya se encuentran en el expediente por haber sido allegados con la contestación inicial.
- vi. Certificado de Existencia y Representación legal de Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, los cuales ya se encuentran en el expediente por haber sido allegados con la contestación inicial.

2. INTERROGATORIOS DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a los demandantes y demandados, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, les formularé sobre los hechos de la demanda.

3. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL

En virtud de lo preceptuado en el artículo 228 del C.G.P., solicito la comparecencia del perito Adolfo León Uribe, que suscribió el dictamen pericial adjunto a la demanda, a la audiencia de Instrucción y Juzgamiento, con el fin de que absuelva, bajo la gravedad de juramento, el interrogatorio acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido de los dictámenes que elaboraron.

4. DICTAMEN PERICIAL

En virtud de lo dispuesto por el artículo 227 del C.G.P., anuncio de manera respetuosa que aportaré dictamen pericial, con el objetivo, principalmente, de esclarecer las situaciones en las que se prestó la atención médica de la señora Patricia Muñoz Rengifo, el plan de manejo que debía seguirse, la pertinencia y necesidad de los medicamentos administrados, las ayudas diagnósticas que se practicaron, así como para servir de prueba para la contradicción del dictamen pericial presentado por la parte actora. La prueba pericial se anuncia, porque no es posible presentarla en este momento, ya que para su producción se requiere previamente que el perito realice un estudio juicioso de las condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos demandados, en particular de la historia clínica de la señora Patricia Muñoz Rengifo, se revise copiosa documentación de contenido literario y

académico, y emita sus respectivas conclusiones. Para ello, se solicita al despacho se conceda un término mínimo de **30 días hábiles**, posteriores a la fecha de admisión de la

prueba, para que el respectivo perito pueda adelantar todas las actividades y gestiones pertinentes, e incorporar el dictamen.

5. TESTIMONIALES

Respetuosamente me permito solicitar a este despacho, decretar el testimonio de la Dra. Isabella Caro Orozco, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.144.070.531 de Cali, quien tiene domicilio en la ciudad de Cali, y puede ser citada en la carrera 85 No. 15-88, piso 2 de Cali, o en la dirección electrónica isabella.caro23@outlook.com, cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre la inexistencia de cobertura para los hechos objetos de litigio; el incumplimiento de las garantías por parte de la asegurada, la modalidad de cobertura concertada; la modalidad de cobertura concertada en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos número 660 88 994000000027; los presupuestos de la modalidad pactada *Claims Made*, y sobre los demás aspectos relevantes sobre el particular.

6. INTERVENCIÓN EN 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 presentadas 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.

ANEXOS

1. Copia del poder especial a mí conferido, los cuales ya se encuentran en el expediente por haber sido allegados con la contestación inicial.
2. Certificado de Existencia y Representación legal de Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, los cuales ya se encuentran en el expediente por haber sido allegados con la contestación inicial.

NOTIFICACIONES

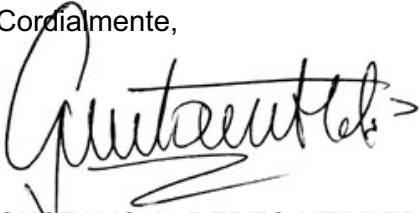
La parte actora en la dirección consignada en la demanda, y al llamante en garantía en la dirección indicada en su contestación a la demanda.

Mi representada Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, en la Calle 100 No. 9 A – 45, piso 12 de la ciudad de Bogotá. Email: notificaciones@solidaria.com.co.

El suscrito en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212

de la ciudad de Cali. Email: notificaciones@gha.com.co.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D. C.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR				COD. AGE: 660				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
29	08	2019	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	30	08	2019	23:59	30	08	2020	23:59	366	05	10	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO	EXPEDICION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
			30	08	2019	23:59	30	08	2020	23:59	366
			VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				
			A LAS				A LAS				

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT 891.380.054-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD:	BUGA, VALLE
		TELÉFONO:	2391688

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT 891.380.054-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD:	BUGA, VALLE
		TELÉFONO:	2391688
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE	CIUDAD: BUGA	
DIRECCION: CARRERA 8 No. 17-52			
ACTIVIDAD: HOSPITAL			
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,000,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,000,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2,000,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		400,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA			
BENEFICIARIOS NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			
TOMADOR: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA. UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: CRA 8 # 17-52 BUGA DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud. BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES NIVEL DE COMPEJIDAD: II y III VIGENCIA: Un año, inicio de cobertura a las 23:59 horas.			
OBJETO DEL SEGURO:			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *2,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****144,000,003	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ **27,362,851	TOTAL A PAGAR: \$ *****171,377,853
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE	CLAVE 3525	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	%PART VALOR ASEGURADO

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

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000660083267	FIRMA TOMADOR

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

C8DE2078070CFE7858

CLIENTE



RAMTORO 0

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los Límites y sublímites Asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes Condiciones:

CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-D00I

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 30 de Agosto de 2017. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

AMPARO BÁSICO:

- " Responsabilidad civil profesional médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.
- " R c profesional médica durante transporte en ambulancia: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.
- " Responsabilidad civil general; límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
- " Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
- " Suministro de medicamentos
- " Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

AMPAROS ADICIONALES:

- Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.
- " Gastos de Defensa: Sublímite del 20% del valor asegurado de la póliza, en el agregado vigencia, distribuido, así; Por proceso; \$ 15.000.000 / por Evento \$ 30.000.000
 - " Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: Sublímite de \$ 50.000.000 por evento/ vigencia.
 - " Costas del proceso según fallo judicial: Según texto clausulado general Aseguradora Solidaria.
 - " Gastos Médicos: Sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
 - " Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 80% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el lucro cesante.

INFORMACION SOBRE PLANTA Y PERSONAL:

SEGÚN RELACION DETALLADA EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD

Médicos Grupo A: personal médico bajo relación laboral, de acuerdo a su especialización

Médicos Grupo B: personal médico autorizado, para ejercer su profesión dentro del establecimiento médico.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

- " Extensión del Periodo de Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Médica" y "Costos y Gastos del Proceso", según Clausulado General: bajo el presente amparo se otorga a las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 100% de la prima anual cobrada inicialmente.
- " No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
- " Cláusula de Renovación Automática con Revisión de Términos; Mediante la presente cláusula se acuerda entre el presente seguro se renovará de manera automática, siempre que no se presente cambios en la información aportada en el formulario (proposal form del año 2019), y que la siniestralidad no exceda el 50% de las primas facturadas en la vigencia.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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

" Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

" Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

" Se incluyen los gastos periciales sólo si la aseguradora conviene que son necesarios para la defensa. Por lo tanto, igualmente que el resto de gastos, tendrán que ser avalados previamente por la aseguradora.

" Los contratistas, subcontratistas y sus dependientes y personas vinculadas con contrato de prestación de servicios, en el amparo de responsabilidad civil general literal 1.2 serán considerados como terceros.

" Para efecto de cobertura de la póliza, se aclara que el cliente ha realizado contrato de prestación de servicios de gestión clínica administrativa, con la firma SOLUCIONES Y APLICACIONES EN SALUD SAS "SSAS SAS" y la firma EXTENSIÓN HOSPITALARIA HOSPITAL DIA ALTAS TEMPRANAS SAS #HOSPIDAY" tiene un contrato de prestación de servicios para la administración del programa de atención domiciliaria. Esta póliza se extiende a amparar dichos contratos en exceso de las pólizas de RC Clínicas que tengan estos contratistas.

" Se amparan los costos y gastos de los procesos civiles, penales y/o incidentes de reparación integral según las condiciones generales de la póliza

EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

" Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

" Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o súper-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 presentadas y/o demandas realizadas con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.

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

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

" Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de 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 proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

" Responsabilidad civil médica individual de los médicos o intervinientes en el acto médico, que presten sus servicios dentro de la institución médica bajo cualquier contrato o autorización del asegurado.

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

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: 10% del valor de la pérdida, sin mínimo

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$ 15.000.000.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

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

AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

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

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

" Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio. En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesia, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos.

" Mantener protocolos quirúrgicos y anestésicos, partograma, registros de monitoreo cardiológico intraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia clínica o anexos a ella de tal forma que puedan identificarse

como correspondientes al paciente.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR COD. AGENCIA: 660 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.380.054-1
ASEGURADO:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.380.054-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

" Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto médico previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado deberá también estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.

" Mantener los equipos de diagnóstico o terapéutica en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la práctica médica e instrucciones del fabricante para su uso.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR				COD. AGE: 660				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
03	09	2019		03	09	2019	23:59	30	08	2020	23:59	05	10	2022	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN			
				A LAS				A LAS				DÍAS			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO	MODIFICACION													
	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	
	30	08	2019	23:59	30	08	2020	23:59	30	08	2020	23:59	366	
	VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA					
					A LAS				A LAS					

DATOS DEL TOMADOR														
NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA										IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1				
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52										CIUDAD: BUGA, VALLE				
										TELÉFONO: 2391688				

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO														
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA										IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1				
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52										CIUDAD: BUGA, VALLE				
										TELÉFONO: 2391688				
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS										IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8				

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS														
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE CIUDAD: BUGA														
DIRECCION: CARRERA 8 No. 17-52														
ACTIVIDAD: HOSPITAL														
DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA LIMITE POR EVENTO														
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO \$ 2,000,000,000.00														
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL 2,000,000,000.00														
TRANSPORTE EN AMBULANCIA 2,000,000,000.00 0.00														
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO 2,000,000,000.00 0.00														
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA 2,000,000,000.00 0.00														
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS 2,000,000,000.00 0.00														
GASTOS DE DEFENSA 400,000,000.00 0.00														
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA														
BENEFICIARIOS NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS														
MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA DE LAS SIGUIENTES ACLARACIONES														
* Amparo de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:														
a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.														
b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes														
c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad														

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****0	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****0	TOTAL A PAGAR: \$ *****0
INTERMEDIARIO				
NOMBRE GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE	CLAVE 3525	%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)00000000007000660083267		FIRMA TOMADOR	
------------------	--	---	--	---------------	--

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

C8DE2078070CFF765D

CLIENTE



RAMTORO 0

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027

ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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.

* Extensión del Período de Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Médica" y "Costos y Gastos del Proceso", según Clausulado General: bajo el presente amparo se otorga a las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período veinticuatro (24) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

* Honorarios de Defensa: sublímite del 20% del valor asegurado total de la póliza, distribuido, así:

a. Por Proceso de Cop \$ 15.000.000.

b. Por Evento de Cop \$ 45.000.000.

* CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-D00I y 15/09/2017-1502-NT-P-06-P150917001046000.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA, CONTINUAN SIN MODIFICACION.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR			COD. AGE: 660			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
03	12	2019	02	12	2019	23:59	30	08	2020	23:59	272	05	10	2022
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL									TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION					

TIPO DE MOVIMIENTO	MODIFICACION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS			
			30	08	2019	23:59	30	08	2020	23:59	366			
			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR		
NOMBRE:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD: BUGA, VALLE
		TÉLEFONO: 2391688

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO		
ASEGURADO:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD: BUGA, VALLE
		TÉLEFONO: 2391688
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE
	CIUDAD: BUGA
DIRECCION: CARRERA 8 No. 17-52	
ACTIVIDAD: HOSPITAL	
DESCRIPCION	AMPAROS
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	\$ 2,000,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	2,000,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	2,000,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	2,000,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	2,000,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	2,000,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA	400,000,000.00
LIMITE POR EVENTO	
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA	
BENEFICIARIOS	
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS	
MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA DE:	
¢ La aseguradora para las citaciones de audiencia prejudicial o audiencias en las demandas según la revisión el caso podrá participar y realizar un ofrecimiento. ¢ La aseguradora se compromete una vez llegue la notificación de la reclamación coadyudar en la defensa y conciliación del caso. ¢ Se acuerda que los derechos de petición, PQR (peticiones, quejas y reclamos), tutelas, que recibe el hospital por atenciones médicas no deben reportarse a la aseguradora como aviso, se manejaran internamente por el Hospital para su análisis. ¢ Se deja constancia que la aseguradora no le exigirá al asegurado tiempo para la presentación de las notificaciones. ¢ Se acuerda dar aviso de un presunto reclamo o siniestro que se pueda presentar, todo de acuerdo al análisis hacia el interior del hospital en las áreas, médico científico y legal.	

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *****0.00	\$ *****0	\$ *****0.00	\$ *****0	\$ *****0
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE	3525	100.00		
		VALOR ASEGURADO		

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

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000660083267	FIRMA TOMADOR

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

C8DE20780709FE7B5B

CLIENTE



RAMTORO 0

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: **2**

ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

• Gastos de defensa: Cuando el cliente requiera un abogado externo, la aseguradora lo validará con la gerencia de indemnizaciones y tarifas

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR				COD. AGE: 660				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
07	04	2020		30	08	2019	23:59	30	08	2020	23:59	366	05	10	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	
								02	04	2020	23:59	30	08	2020	23:59	150	
								VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				A LAS	

DATOS DEL TOMADOR									
NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA									
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52									
CIUDAD: BUGA, VALLE									
IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1									
TELÉFONO: 2391688									

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO									
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA									
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52									
CIUDAD: BUGA, VALLE									
IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1									
TELÉFONO: 2391688									
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS									
IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8									

ITEM: 1		DEPARTAMENTO: VALLE		CIUDAD: BUGA	
DIRECCION: CARRERA 8 No. 17-52					
ACTIVIDAD: HOSPITAL					
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO		
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00			
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,000,000,000.00			
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,000,000,000.00	0.00		
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2,000,000,000.00	0.00		
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,000,000,000.00	0.00		
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,000,000,000.00	0.00		
GASTOS DE DEFENSA		400,000,000.00	0.00		
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA					
BENEFICIARIOS					
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS					

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****0	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****0	TOTAL A PAGAR: \$ *****0
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE	CLAVE 3525	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	%PART VALOR ASEGURADO

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

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000660083267	FIRMA TOMADOR

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

C8DE20780706FF7B58

CLIENTE



LECAMACHO 0

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **9940000000027** ANEXO: **3**

ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUSCRITO CON LA NUEVA EPS SE ENCUENTRAN AMPARADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:4

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR			COD. AGE: 660			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
24	08	2020	30	08	2020	23:59	30	08	2021	23:59	365	05	10	2022
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO	RENOVACION										
VIGENCIA DEL ANEXO	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>HORAS</td> </tr> <tr> <td>30</td><td>08</td><td>2020</td><td>23:59</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	HORAS	30	08	2020	23:59		
DIA	MES	AÑO	HORAS								
30	08	2020	23:59								
	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>HORAS</td><td>DIAS</td> </tr> <tr> <td>30</td><td>08</td><td>2021</td><td>23:59</td><td>365</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	30	08	2021	23:59	365
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS							
30	08	2021	23:59	365							

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD: BUGA, VALLE
	TELÉFONO: 2391688

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD: BUGA, VALLE
	TELÉFONO: 2391688
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE
	CIUDAD: BUGA
DIRECCION: CARRERA 8 No. 17-52	
ACTIVIDAD: HOSPITAL	
DESCRIPCION	AMPAROS
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	SUMA ASEGURADA
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	\$ 2,000,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	2,000,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	2,000,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	2,000,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	2,000,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA	400,000,000.00
	LIMITE POR EVENTO
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA	
BENEFICIARIOS	
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS	
CONDICIONES GENERALES:	
Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-D00I V2 y 15/09/2017-1502-NT-P-06-P150917001046000.	
MODALIDAD DE COBERTURA:	
La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.	

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *2,000,000,000.00	\$ *****151,200,000	\$ ****15,000.00	\$ ***28,730,850	\$ *****179,945,850
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE	3525	100.00		
		VALOR ASEGURADO		

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

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000660083267	FIRMA TOMADOR

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

C8DE2078060CFE7B5E

CLIENTE



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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La fecha de periodo de retroactividad que se otorga es a partir de Agosto 30 de 2017 siempre y cuando el tomador y/o asegurado (según corresponda) demuestre inequívocamente que ha tenido cobertura de manera ininterrumpida entre la fecha anteriormente citada y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad al inicio de esta póliza.

En caso de presentarse interrupción de cobertura entre la fecha anteriormente citada y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza la fecha de periodo de retroactividad que se otorga es la correspondiente al inicio de vigencia de la presente póliza con Aseguradora Solidaria de Colombia, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial

AMPARO BÁSICO:

" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

" Responsabilidad Civil Profesional Médica durante el Transporte en Ambulancia: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

" Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad "OCURRENCIA", por los siguientes eventos:

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

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

o Suministro de medicamentos.

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

" Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizara al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.

Sublímite del 20% del valor asegurado total de la póliza, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$15.000.000.

o Por Evento: COP \$45.000.000.

o Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: sublímite de COP \$50.000.000 por evento / vigencia.

" Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

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

" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

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

Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:

a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.

b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes

c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad

Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" Extensión del Periodo de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período (24) meses , la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

" Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.

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

" Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.

" Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.

" Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

" Los contratistas, subcontratistas y sus dependientes y personas vinculadas con contrato de prestación de servicios, en el amparo de responsabilidad civil general literal 1.2 serán considerados como terceros exclusivamente cuando estos se encuentren en calidad de pacientes.

" Para efecto de cobertura de la póliza, se aclara que el cliente ha realizado contrato de prestación de servicios de gestión clínica administrativa, con la firma SOLUCIONES Y APLICACIONES EN SALUD SAS "SSAS SAS" y la firma EXTENSIÓN HOSPITALARIA HOSPITAL DIA ALTAS TEMPRANAS SAS #HOSPIDAY" tiene un contrato de prestación de servicios para la administración del programa de atención domiciliaria. Esta póliza se extiende a amparar dichos contratos en exceso de las pólizas de RC Clínicas que tengan estos contratistas.

" Se amparan los costos y gastos de los procesos civiles, penales y/o incidentes de reparación integral según las condiciones generales de la póliza

" Todas las modificaciones, alteraciones y/o extensiones deberán ser acordadas con Aseguradora Solidaria de Colombia.

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

CONSIDERACIONES ADICIONALES

" La aseguradora para las citaciones de audiencia prejudicial o audiencias en las demandas según la revisión el caso podrá participar y realizar un ofrecimiento.

" La aseguradora se compromete una vez llegue la notificación de la reclamación coadyudar en la defensa y conciliación del caso.

" Se acuerda que los derechos de petición, PQR (peticiones, quejas y reclamos), tutelas, que recibe el hospital por atenciones médicas no deben reportarse a la aseguradora como aviso, se manejaran internamente por el Hospital para su análisis.

" Se deja constancia que la aseguradora no le exigirá al asegurado tiempo para la presentación de las notificaciones.

" Se acuerda dar aviso de un presunto reclamo o siniestro que se pueda presentar, todo de acuerdo al análisis hacia el interior del hospital en las áreas, médico científico y legal.

" Gastos de defensa: Cuando el cliente requiera un abogado externo, la aseguradora lo validará con la gerencia de indemnizaciones y tarifas

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se excluyen además las siguientes:

" Asegurado contra Asegurado.

" Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

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

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

" Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.

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

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

" Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de 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 proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

" Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: **4**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

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

AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 3. GARANTÍAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso 10% del valor de la pérdida, sin mínimo.

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR				COD. AGE: 660				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
17	08	2021		30	08	2020	23:59	30	08	2021	23:59	365	05	10	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA				MES				AÑO				HORAS				DIA				MES				AÑO				HORAS				DIA			
								30				08				2020				23:59				30				08				2021				23:59				365			
								VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS																							

DATOS DEL TOMADOR																			
NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA												IDENTIFICACIÓN: NIT				891.380.054-1			
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52												CIUDAD: BUGA, VALLE				TELÉFONO: 2391688			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO																			
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA												IDENTIFICACIÓN: NIT				891.380.054-1			
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52												CIUDAD: BUGA, VALLE				TELÉFONO: 2391688			
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS												IDENTIFICACIÓN: NIT				001-8			

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS															
ITEM: 1				DEPARTAMENTO: VALLE				CIUDAD: BUGA							
DIRECCIÓN: CARRERA 8 No. 17-52															
ACTIVIDAD: HOSPITAL															
DESCRIPCION		AMPAROS		SUMA ASEGURADA				LIMITE POR EVENTO							
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO				\$ 2,000,000,000.00											
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL				2,000,000,000.00											
TRANSPORTE EN AMBULANCIA				2,000,000,000.00				0.00							
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO				2,000,000,000.00				0.00							
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA				2,000,000,000.00				0.00							
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS				2,000,000,000.00				0.00							
GASTOS DE DEFENSA				400,000,000.00				0.00							
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA															
BENEFICIARIOS NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS															

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00		VALOR PRIMA: \$ *****0		GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00		IVA: \$ *****0		TOTAL A PAGAR: \$ *****0											
INTERMEDIARIO										COASEGURO CEDIDO									
NOMBRE		CLAVE		%PART		NOMBRE COMPAÑIA		%PART		VALOR ASEGURADO									
GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE		3525		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)00000000007000660083267		FIRMA TOMADOR	
------------------	--	---	--	---------------	--

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

C8DE20790F0BFD7E57

CLIENTE



RAMTORO 0

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: **5**

ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUSCRITO CON LA NUEVA EPS SE ENCUENTRAN AMPARADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:6

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR				COD. AGE: 660		RAMO: 88		PAP:			
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30	08	2021	30	08	2021	23:59	30	08	2022	23:59	365
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION								

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
		30	08	2021	23:59	30	08	2022	23:59	365
		VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR		IDENTIFICACIÓN: NIT		891.380.054-1
NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA				
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD: BUGA, VALLE	TELÉFONO: 2391688		

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO		IDENTIFICACIÓN: NIT		891.380.054-1
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA				
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD: BUGA, VALLE	TELÉFONO: 2391688		
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT		001-8	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE
CIUDAD: BUGA	
DIRECCION: CARRERA 8 No. 17-52	
ACTIVIDAD: HOSPITAL	
DESCRIPCION	AMPAROS
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	SUMA ASEGURADA
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	\$ 2,000,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	2,000,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	2,000,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	2,000,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	2,000,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA	400,000,000.00
LIMITE POR EVENTO	
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA	
BENEFICIARIOS	
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS	

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *2,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****166,320,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ***31,603,650	TOTAL A PAGAR: \$ *****197,938,650
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE	CLAVE 3525	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
			VALOR ASEGURADO	

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

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000660083267	FIRMA TOMADOR

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

C8DE20790F0BF97D5E

CLIENTE



RAMTORO 0

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

TOMADOR: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - Nit. 891.380.054-1
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - Nit. 891.380.054-1
BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CRA 8 # 17-52 BUGA

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO:
Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 118

VIGENCIA: 365 días, a partir de agosto 30 de 2.021 con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

OBJETO DEL SEGURO:

Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.

CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf>

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es A PARTIR DE AGOSTO 30 DE 2017, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:

" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD "OCURRENCIA", por los siguientes eventos:

- o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
- o Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
- o Suministro de medicamentos.
- o Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

" Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizará al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.

Sublímite del 20% del valor asegurado total de la póliza por "vigencia", distribuido, así:

- o Por Proceso: COP \$15.000.000.
- o Por Evento: COP \$45.000.000.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$50.000.000 por evento / vigencia.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

" Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:

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

" Extensión del Periodo de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y de 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

" Posesión y utilización de Equipos Especiales: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y de 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:

a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.

b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes

c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad

Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.

" Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

" Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

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

" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y de 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

" Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.

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

" Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.

" Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

" Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

" Los contratistas, subcontratistas y sus dependientes y personas vinculadas con contrato de prestación de servicios, en el amparo de responsabilidad civil general serán considerados como terceros exclusivamente cuando estos se encuentren en calidad de pacientes.

" Para efecto de cobertura de la póliza, se aclara que el cliente ha realizado contrato de prestación de servicios de gestión clínica administrativa, con la firma SOLUCIONES Y APLICACIONES EN SALUD SAS "SSAS SAS" y la firma EXTENSIÓN HOSPITALARIA HOSPITAL DIA ALTAS TEMPRANAS SAS #HOSPIDAY" tiene un contrato de prestación de servicios para la administración del programa de atención domiciliaria. Esta póliza se extiende a amparar dichos contratos en exceso de las pólizas de RC Clínicas que tengan estos contratistas.

" TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

" TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se excluyen además las siguientes:

" Asegurado contra Asegurado.

" Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

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

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

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

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

" Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

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

" Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.

" Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.

" 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.

" Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos para las actividades del asegurado.

" Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.

" EXCLUSION ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, Según texto.

" EXCLUSION DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, Según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;

b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;

c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o

d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;

e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

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

AMBITO TERRITORIAL:

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR COD. AGENCIA: 660 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.380.054-1
ASEGURADO:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.380.054-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO DE LA POLIZA

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.
El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
" Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: 10% del valor de la pérdida, sin mínimo.
" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

VALOR(ES) ASEGURADO(S): \$2.000.000.000

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
6600832676

PÓLIZA No: **660 -88 - 994000000027** ANEXO:7

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: **660** RAMO: **88** PAP:
DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
30 08 2021 **30 08 2021** **23:59** **30 08 2022** **23:59** **365** **05 10 2022**
FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA** VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
30 08 2021 **23:59** **30 08 2022** **23:59** **365**
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**
DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **BUGA, VALLE** TELÉFONO: **2391688**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**
DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **BUGA, VALLE** TELÉFONO: **2391688**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE** CIUDAD: **BUGA**
DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**
ACTIVIDAD: **HOSPITAL**
DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO \$ 2,000,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL 2,000,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA 2,000,000,000.00 0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO 2,000,000,000.00 0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA 2,000,000,000.00 0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS 2,000,000,000.00 0.00
GASTOS DE DEFENSA 400,000,000.00 0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

INTERMEDIARIO NOMBRE CLAVE %PART NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO
GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE 3525 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)00000000007000660083267

FIRMA TOMADOR

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

RAMTORO 0

C8DE20790F0BF97A59

CLIENTE

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027**

ANEXO: 7

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUSCRITO CON LA NUEVA EPS SE ENCUENTRAN AMPARADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
6600832676

PÓLIZA No: **660 -88 - 994000000027** ANEXO:8

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR**

COD. AGE: **660**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO

18 07 2022

FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO HORAS

30 08 2021 23:59

VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS

30 08 2022 23:59

VIGENCIA HASTA A LAS

DIA MES AÑO

05 10 2022

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS

18 07 2022 23:59

VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS

30 08 2022 23:59

VIGENCIA HASTA A LAS

DIAS

43

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52**

CIUDAD: **BUGA, VALLE**

TELÉFONO: **2391688**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52**

CIUDAD: **BUGA, VALLE**

TELÉFONO: **2391688**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE**

CIUDAD: **BUGA**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCIÓN AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LÍMITE POR EVENTO

DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL
TRANSPORTE EN AMBULANCIA
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
GASTOS DE DEFENSA

\$ 2,000,000,000.00
2,000,000,000.00
2,000,000,000.00
2,000,000,000.00
2,000,000,000.00
2,000,000,000.00
400,000,000.00

0.00
0.00
0.00
0.00
0.00
0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****0.00

VALOR PRIMA:
\$ *****0

GASTOS EXPEDICIÓN:
\$ *****0.00

IVA:
\$ *****0

TOTAL A PAGAR:
\$ *****0

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE CLAVE %PART
GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE 3525 100.00

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000660083267

FIRMA TOMADOR

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

RAMTORO 0

C8DE20790E09FA795F

CLIENTE

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGENCIA: **660** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: **8**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.380.054-1
ASEGURADO:	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.380.054-1
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LA POLIZA AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INCLUYENDO LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS EN VIRTUD DEL CONTRATO No. 8913800054 suscrito el 11 de Julio de 2011, entre NUEVA EPS S.A y LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, cuyo objeto contractual es PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD P.O.S. PARA LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y SUS BENEFICIARIOS) DE NUEVA EPS S.A.EN BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA DE LA REGIONAL SUROCCIDENTE, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:9

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR				COD. AGE: 660				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
16	08	2022		30	08	2021	23:59	30	08	2022	23:59	365	05	10	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA			
												DÍAS			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS			
								16	08	2022	23:59	30	08	2022	23:59	14			
								VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA			

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA			
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52			
CIUDAD: BUGA, VALLE			
IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1			
TELÉFONO: 2391688			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA			
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52			
CIUDAD: BUGA, VALLE			
IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1			
TELÉFONO: 2391688			
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS			
IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8			

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE CIUDAD: BUGA			
DIRECCIÓN: CARRERA 8 No. 17-52			
ACTIVIDAD: HOSPITAL			
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		2,000,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		2,000,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		2,000,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		2,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		2,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		400,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA			
BENEFICIARIOS NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****0	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****0	TOTAL A PAGAR: \$ *****0
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE	CLAVE 3525	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	%PART VALOR ASEGURADO

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

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000660083267	FIRMA TOMADOR

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

C8DE20790E08F57D5F

CLIENTE



RAMTORO 0

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: **9**

ANEXO: 9

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUSCRITO CON FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD SIGLA FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD PPL. SE ENCUENTRAN AMPARADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS
**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

6600832676
PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:10

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR			COD. AGE: 660			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
30	08	2022	30	08	2022	23:59	30	08	2023	23:59	365	05	10	2022
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
						A LAS			A LAS			DÍAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO	RENOVACION																																				
VIGENCIA DEL ANEXO	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>HORAS</td><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>HORAS</td><td>DIAS</td> </tr> <tr> <td>30</td><td>08</td><td>2022</td><td>23:59</td><td>30</td><td>08</td><td>2023</td><td>23:59</td><td>365</td> </tr> <tr> <td colspan="4">VIGENCIA DESDE</td> <td colspan="4">A LAS</td> <td colspan="1">VIGENCIA HASTA</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="1">A LAS</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	30	08	2022	23:59	30	08	2023	23:59	365	VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA									A LAS
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS																													
30	08	2022	23:59	30	08	2023	23:59	365																													
VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA																													
								A LAS																													

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD: BUGA, VALLE
	TELÉFONO: 2391688

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO	
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1
DIRECCIÓN: CARRERA 8 #17 - 52	CIUDAD: BUGA, VALLE
	TELÉFONO: 2391688
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE
	CIUDAD: BUGA
DIRECCIÓN: CARRERA 8 No. 17-52	
ACTIVIDAD: HOSPITAL	
DESCRIPCION	AMPAROS
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	SUMA ASEGURADA
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	\$ 2,000,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	2,000,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	2,000,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	2,000,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA	400,000,000.00
	LIMITE POR EVENTO
	0.00
	0.00
	0.00
	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA	
BENEFICIARIOS	
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS	

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *2,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****176,299,200	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ***33,499,698	TOTAL A PAGAR: \$ *****209,813,898
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE	CLAVE 3525	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
			VALOR ASEGURADO	

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

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000660083267	FIRMA TOMADOR

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

C8DE20790E07F97F5F

CLIENTE



RAMTORO 0

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 10

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

TOMADOR: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CRA 8 # 17-52 BUGA

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

VIGENCIA: 365 días, a partir del 30 de agosto de 2022 con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

OBJETO DEL SEGURO:

Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.

CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf>

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de AGOSTO 30 DE 2017, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:

" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD "OCURRENCIA", por los siguientes eventos:

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

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

o Suministro de medicamentos.

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

" Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizará al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.

Sublímite del 20% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$15.000.000.

o Por Evento: COP \$45.000.000.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$50.000.000 por evento / vigencia.

" Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 10

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

" Extensión del Período de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga 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 Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

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

Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:

a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.

b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes

c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad

Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.

" Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

" Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

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

" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y de 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

" Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.

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

" Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.

" Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.

" Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

" Para efecto de cobertura de la póliza, se aclara que el cliente ha realizado contrato de prestación de servicios de gestión clínica administrativa, con la firma SOLUCIONES Y APLICACIONES EN SALUD SAS "SSAS SAS" y la firma EXTENSIÓN HOSPITALARIA HOSPITAL DIA ALTAS TEMPRANAS SAS #HOSPIDAY" tiene un contrato de prestación de servicios para la administración del programa de atención domiciliaria. Esta póliza se extiende a amparar dichos contratos en exceso de las pólizas de RC Clínicas que tengan estos contratistas.

" TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

" TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027

ANEXO: 10

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se excluyen además las siguientes:

- " Asegurado contra Asegurado.
- " Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
- " Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
- " Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
- " Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
- " Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
- " Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
- " Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
- " Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.
- " Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.
- " 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.
- " Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos para las actividades del asegurado.
- " Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.
- " EXCLUSION ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, Según texto.
- " EXCLUSION DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, Según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027

ANEXO: 10

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

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

AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: 10% del valor de la pérdida, sin mínimo.

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

VALOR(ES) ASEGURADO: \$2.000.000.000**

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
6600832676

PÓLIZA No: **660 -88 - 994000000027** ANEXO: **11**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: **660** RAMO: **88** PAP:
DIA MES AÑO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO
31 08 2022 VIGENCIA DE LA PÓLIZA **30 08 2022** **23:59** **30 08 2023** **23:59** **365** **05 10 2022**
FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA** VIGENCIA DEL ANEXO **30 08 2022** **23:59** **30 08 2023** **23:59** **365**
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**
DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **BUGA, VALLE** TELÉFONO: **2391688**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**
DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **BUGA, VALLE** TELÉFONO: **2391688**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **VALLE** CIUDAD: **BUGA**
DIRECCIÓN: **CARRERA 8 No. 17-52**
ACTIVIDAD: **HOSPITAL**
DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO \$ 2,000,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL 2,000,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA 2,000,000,000.00 0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA 2,000,000,000.00 0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS 2,000,000,000.00 0.00
GASTOS DE DEFENSA 400,000,000.00 0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA
BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE 3525 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)00000000007000660083267

FIRMA TOMADOR

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

RAMTORO 0

C8DE20790E07F97C5F

CLIENTE

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027**

ANEXO: 11

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LA POLIZA AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INCLUYENDO LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS EN VIRTUD DEL CONTRATO No. 8913800054 suscrito el 11 de Julio de 2011, entre NUEVA EPS S.A y LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, cuyo objeto contractual es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD P.O.S. PARA LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y SUS BENEFICIARIOS) DE NUEVA EPS S.A.EN BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA DE LA REGIONAL SUROCCIDENTE, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
6600832676

PÓLIZA No: 660 -88 - 994000000027 ANEXO:12

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR**

COD. AGE: **660**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO

31 08 2022

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS

30 08 2022 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS

30 08 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO

05 10 2022

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS

30 08 2022 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS

30 08 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52**

CIUDAD: **BUGA, VALLE**

TELÉFONO: **2391688**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52**

CIUDAD: **BUGA, VALLE**

TELÉFONO: **2391688**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE**

CIUDAD: **BUGA**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LIMITE POR EVENTO

DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL
TRANSPORTE EN AMBULANCIA
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
GASTOS DE DEFENSA

\$ 2,000,000,000.00
2,000,000,000.00
2,000,000,000.00
2,000,000,000.00
2,000,000,000.00
400,000,000.00

0.00
0.00
0.00
0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****0.00

VALOR PRIMA:
\$ *****0

GASTOS EXPEDICION:
\$ *****0.00

IVA:
\$ *****0

TOTAL A PAGAR:
\$ *****0

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE CLAVE %PART
GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE 3525 100.00

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000660083267

FIRMA TOMADOR

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

RAMTORO 0

C8DE20790E07F97C5E

CLIENTE

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027**

ANEXO: 12

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUSCRITO CON FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD SIGLA FIDEICOMISO FONDO NACIONAL DE SALUD PPL. SE ENCUENTRAN AMPARADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

CLIENTE

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

CONDICIONES GENERALES

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

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

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

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

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

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

1.3 AMPAROS ADICIONALES

1.3.1 COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO

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

1.3.1.1 HONORARIOS DE DEFENSA

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

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

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

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

PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A ASEGURADORA SOLIDARIA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, TALES COMO LAS SIGUIENTES:

- A. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO CON EL ABOGADO
- B. CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.
- C. CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS CON PRESENCIA DEL ABOGADO.

1.3.1.2 COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

SON LOS COSTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES NECESARIAS COMO CONSECUENCIA DE RECLAMACIONES CUBIERTAS BAJO ESTA PÓLIZA.

ASEGURADORA SOLIDARIA NO ESTÁ OBLIGADA A OTORGAR LAS CAUCIONES COMO TAL, SINO A RECONOCER EL COSTO QUE SU CONSTITUCIÓN GENERA, EL CUAL SE PAGARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE SU AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

1.3.1.3 COSTAS DEL PROCESO

SERÁN LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CUANDO LA SENTENCIA HAYA SIDO DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA. SI EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EXCEDE EL LÍMITE ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA SÓLO RESPONDERÁ POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

1.3.2 EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 “RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA”.

EL PRESENTE AMPARO OTORGA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES SE RIGE POR LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LÍMITES ASEGURADOS DEL ÚLTIMO PERÍODO DURANTE EL CUAL ESTUVO VIGENTE LA PÓLIZA, DE MANERA QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DENTRO DEL PERÍODO EXTENDIDO SE CONSIDERARÁ COMO PRESENTADA DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD QUE OPERA PARA ESTE PERÍODO EXTENDIDO SERÁ EL QUE CONTINÚE DISPONIBLE A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA. EL OTORGAMIENTO DE ESTE AMPARO NO SUPONE DE NINGUNA FORMA UN REINSTALAMIENTO DEL LÍMITE ASEGURADO.

ESTE AMPARO OPERARÁ POR SOLICITUD ESCRITA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS REALIZADA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, CON EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO. SIN EMBARGO, ESTA EXTENSIÓN NO PROCEDERÁ EN NINGÚN CASO CUANDOQUIERA QUE LA PÓLIZA HAYA TERMINADO AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA GARANTÍA A CARGO DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O POR MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, ASEGURADORA SOLIDARIA:

- A. NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.
- B. NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- C. MANTENDRÁ VIGENTE EL ANEXO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO EXTENDIDO OTORGADO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO DE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS NO CUMPLAN CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DE ESTE AMPARO, INCLUIDO EL TÉRMINO PREVISTO PARA ADQUIRIRLO Y EL PAGO DE LA PRIMA, ASEGURADORA SOLIDARIA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

1.4 AMPAROS CONTRATABLES MEDIANTE ACUERDO EXPRESO

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

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

EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

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

1.4.2 AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES

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

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

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

- A. INCLUYAN LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO
- B. MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES
- C. EJERZAN UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD

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

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

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

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

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

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

PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES.

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

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

1.4.5 AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS

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

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

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

2. EXCLUSIONES

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

- 2.1 DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
- 2.2 EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.
- 2.3 CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS, TRATAMIENTOS, TERAPIAS O INDICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS, NO ACEPTADOS O NO APROBADOS POR LA CIENCIA MÉDICA, LAS NORMAS LEGALES Y/O LAS ENTIDADES QUE REGULEN LA MATERIA.
- 2.5 CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR LA PROCREACIÓN.
- 2.6 INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
- 2.7 VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL.
- 2.8 CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
- 2.9 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
- 2.33 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y YA SEA CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY O NO.
- 2.34 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL AMPARO 1.1.2.
- 2.35 DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.36 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
- 2.37 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.38 RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
- 2.39 DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS

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

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

3. GARANTÍAS

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

- 3.1 QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO TORNARÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.
- 3.2 QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:
 - a) APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN NO.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, ASÍ COMO LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.
 - b) IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNÉSIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.
 - c) VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL (ES) INTERVINIENTE(S).
 - d) MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
 - e) CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS

EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD).

- 3.3 EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.
- 3.4 ENTREGAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.5 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.6 COOPERAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.
- 3.7 PRESTAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.
- 3.8 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIMEN NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLES TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERAN.
- 3.9 PERMITIR A ASEGURADORA SOLIDARIA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.
- 3.10 NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.
- 3.11 CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.
- 3.12 MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.
- 3.13 DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:
 - a) QUE ACORDARÁN CON ASEGURADORA SOLIDARIA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.
 - b) QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A ASEGURADORA SOLIDARIA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.
 - c) QUE CUMPLIRÁN EN FORMA FEHACIENTE, DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS POSTERIORES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS CON PRIORIDAD INMEDIATA.
 - d) QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO.

4. LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

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

B. PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

5. LÍMITE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

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

6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

A. LÍMITE POR EVENTO

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

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO.

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

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

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

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

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

7. DEDUCIBLE

ASEGURADORA SOLIDARIA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LA CARÁTULA O LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

8. UNIDAD DE EVENTO

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

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

9. DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

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

10. CONSERVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. DISTRIBUCIÓN

EN EL EVENTO DE QUE EN UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA UNA PARTE RESULTE CUBIERTA POR ELLA Y OTRA PARTE NO, ASEGURADORA SOLIDARIA INDEMNIZARÁ SOLAMENTE LA PARTE CUBIERTA.

CUANDO FUEREN VARIOS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS INVOLUCRADOS EN UN PROCESO, LA INSTITUCIÓN TOMADORA DETERMINARÁ CÓMO DEBE DISTRIBUIRSE ENTRE ELLOS EL LÍMITE ASEGURADO PARA LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO.

15. AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

16. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA

LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

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

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

17. PAGO DEL SINIESTRO

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

18. FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

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

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

19. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

20. PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE. PARA SOLICITAR SU RENOVACIÓN, LA INSTITUCIÓN TOMADORA DEBERÁ PROPORCIONAR A ASEGURADORA SOLIDARIA, POR LO MENOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA PÓLIZA, LA SOLICITUD DE SEGURO JUNTO CON LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA. CON BASE EN EL ESTUDIO DE ESTA INFORMACIÓN, LA ASEGURADORA DETERMINARÁ LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA NUEVA VIGENCIA.

21. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD Y DIRECCIÓN INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

22. LEGISLACIÓN SUPLETORIA

EN AQUELLOS ASPECTOS QUE NO SE ENCUENTREN REGULADOS POR ESTA PÓLIZA, SE APLICARÁN LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

23. REDUCCIÓN DE LA PRIMA POR DISMINUCIÓN DEL RIESGO.

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO, EL ASEGURADOR DEBERÁ REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA, SEGÚN LA TARIFA CORRESPONDIENTE, POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

24. DEFINICIONES

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

- Clínicas, hospitales y centros de salud asegurados (institución).

Son los establecimientos médicos asistenciales declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en la carátula de la póliza.

Se consideran también asegurados los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe de cuerpo médico), o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales funciones médico-administrativas.

Son asegurados también bajo la presente póliza los miembros de comités establecidos por las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados para desarrollar labores tales como la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover la calidad de los servicios médicos prestados por la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales labores solicitadas por los comités.

- **No son asegurados bajo esta póliza** los profesionales de la salud, bien sean internos, externos, residentes, voluntarios, temporales, empleados, contratados o en relación de dependencia o no con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, por ningún acto médico que presten o dejen de prestar a cualquier paciente dentro o fuera de la institución asegurada.

- **Institución Tomadora.**

Es la persona jurídica que se designa en la carátula de esta póliza.

- **Beneficiario.**

Dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

- **Tercero.**

Es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:

- ✓ Personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
- ✓ Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
- ✓ Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes
- ✓ Las personas vinculadas con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados mediante contrato de aprendizaje y/o de prestación de servicios.

- **Paciente.**

Es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.

- **Acto Médico.**

Es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico-paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del paciente.

- **Hecho Dañino.**

Es el hecho generador de daños materiales o lesiones corporales.

- **Daño Material.**

Es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.

- **Lesión Corporal.**

Es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

- **Reclamación: es.**

- A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- B. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de un Proceso Judicial Civil o Penal en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- C. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

- **Pretensión Indemnizatoria.**

Es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.

- **Período de retroactividad/retroactividad.**

Es el período transcurrido con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente póliza, el cual delimita la fecha en que deben haber ocurrido los actos médicos que dan origen a la reclamación para que ésta goce de cobertura bajo el presente seguro. Si los actos médicos que dan origen a la reclamación ocurren con anterioridad a la fecha límite de retroactividad prevista en esta póliza, ésta no estará cubierta por este seguro.

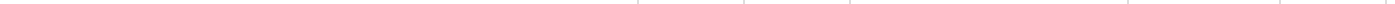


 Imagen de informes

Afiliaciones de una Persona en el Sistema



INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha de Corte: 2022-10-14

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Sexo
CC 38858198	PATRICIA		MUÑOZ	RENGIFO	Fallecido	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2022-10-14

Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR E.S.S.	Subsidiado	18/02/2014	Afiliado fallecido	CABEZA DE FAMILIA	BUGA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2022-10-14

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2022-10-14

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2022-10-14

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFENALCO VALLE	2009-07-06	Activo	Persona a cargo		Valle del Cauca- CALI

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2022-10-14

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2022-10-14

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2022-10-14

No se han reportado vinculaciones para esta persona.



CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLES DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA. QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.

Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Fecha: 10/17/2022 11:37:51 PM

Pag.1

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax:
(57-1) 330 5050

Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del país: 018000960020

Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.5



Señores
JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO
Guadalajara de Buga

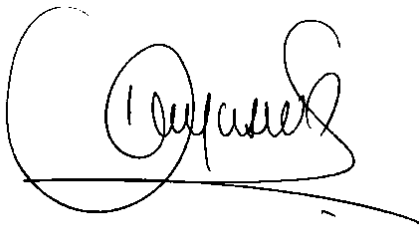
Referencia:	RADICADO:	202200080
	DEMANDANTE.	FANOR MUÑOZ RENGIFO
	DEMANDADO.	ASEGURADORA SOLIDARIA

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **38.264.817** de **Ibague**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

Cordialmente,



MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA
C. C. No. **38.264.817** de **Ibague**
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

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

CAL14622 2022/03/16

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5525083705841024

Generado el 01 de septiembre de 2022 a las 08:22:52

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

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NIT: 860524654-6

NATURALEZA JURÍDICA: Entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 0064 del 18 de enero de 1985 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS UCONAL LIMITADA.

Escritura Pública No 3098 del 31 de julio de 1989 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL SOCIEDAD COOPERATIVA LTDA.

Escritura Pública No 4201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL.

Escritura Pública No 3296 del 16 de noviembre de 1993 de la Notaría 41 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA "SOLIDARIA"

Escritura Pública No 1628 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal será en Bogotá D.C.

Escritura Pública No 420 del 09 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Es una institución auxiliar del cooperativismo, de carácter Nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada, de número de ley, con patrimonio variable e ilimitado.

Escritura Pública No 01779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de SOLIDARIA es Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, sin perjuicio de constituir Agencias y Sucursales dentro y fuera del país. Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2402 del 30 de junio de 1988

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. **FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO.** Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5525083705841024

Generado el 01 de septiembre de 2022 a las 08:22:52

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

SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.). REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 2013092496 del 21 de octubre de 2013)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 01/11/2021	CC - 79152694	Presidente Ejecutivo
José Iván Bonilla Pérez Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019	CC - 79520827	Representante Legal
Nancy Leandra Velasquez Rodriguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Maria Yasmith Hernández Montoya Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 38264817	Representante Legal Judicial
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Manejo, Vidrios, Terremoto, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Sustracción y Cooperativo de vida

Resolución S.B. No 1335 del 29 de abril de 1993 Responsabilidad civil

Resolución S.B. No 868 del 09 de mayo de 1994 Cumplimiento

Resolución S.B. No 1893 del 02 de septiembre de 1994 Transporte

Resolución S.B. No 2565 del 23 de noviembre de 1994 Montaje y rotura de maquinaria, Todo riesgo contratista, Accidentes personales

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5525083705841024

Generado el 01 de septiembre de 2022 a las 08:22:52

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

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

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

Resolución S.B. No 1067 del 19 de septiembre de 2002 Enfermedades de Alto Costo

Resolución S.B. No 1408 del 09 de diciembre de 2002 cancela el ramo de SOAT

Resolución S.B. No 230 del 11 de marzo de 2003 Vida grupo

Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante

Resolución S.F.C. No 1458 del 30 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa para operar el ramo de seguros de Enfermedades de alto costo

Resolución S.F.C. No 1194 del 28 de junio de 2013 Seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT

Resolución S.F.C. No 1577 del 23 de agosto de 2013 autorizado para operar el ramo de Seguro de Desempleo

Resolución S.F.C. No 0842 del 03 de julio de 2019 autoriza para operar el ramo de seguro de Navegación y Casco

Oficio No 2022116107-005 del 29 de junio de 2022 autoriza para operar el ramo de Seguro Decenal



**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."