Señores

**JUEZ DIECISIETE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI**

of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

| | |
|---|---|
| **REFERENCIA:** | REPARACIÓN DIRECTA |
| **RADICADO:** | 76001-33-33-017-2020-00069-00 |
| **DEMANDANTE:** | MIGUEL ÁNGEL PALACIO URRESTI Y OTROS. |
| **DEMANDADO:** | HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E. DE PALMIRA Y OTROS. |
| **EN GARANTÍA:** | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. Y OTROS. |

**ASUNTO:** CONTESTACION A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** sociedad cooperativa vigilada por la Superintendencia Financiera, identificada con NIT 860524654-6, representada legalmente por la Dra. **MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número 38.264.817 de Ibagué, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal que se adjunta, y conforme al poder especial, los cuales se adjuntan al presente libelo; en la calidad antes mencionada, comedidamente manifiesto que, estando dentro del término legal oportuno, procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** impetrada por el señor **MIGUEL ÁNGEL PALACIO URRESTI Y OTROS** en contra de **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E. DE PALMIRA Y OTROS** y, en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por esta última entidad a mi representada, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los argumentos y precisiones que se hacen a continuación, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, en los siguientes términos:

## I. OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR LA DEMANDA

El 05 de septiembre de 2024, el Juzgado Diecisiete (17) Administrativo del circuito de Cali notificó por Estado el Auto Interlocutorio No. 601 del cuatro (04) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024), por medio del cual se admite el llamamiento en garantía respecto de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. concediéndole el término de quince (15) días para contestar.

El día 16 de septiembre de 2024, por medio de correo electrónico, el despacho notificó personalmente a mi representada del auto que admitió el llamamiento en garantía.

El artículo 199 del C.P.A.C.A., modificado por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, dispone *"El traslado o los términos que conceda el auto notificado solo se empezarán a contabilizar a los dos (2) días hábiles siguientes al del envío del mensaje y el término respectivo empezará a correr a partir del día siguiente".* Conforme a lo anterior, los días 17 y 18 de septiembre de 2024, corresponde a los días mencionados.

El término de traslado de quince (15) días para contestar se surte los días 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27 y 30 de septiembre de 2024 y los días 01, 02, 03, 04, 07, 08 y **09 de octubre de 2024**, por lo que se concluye que este escrito es presentado dentro del término previsto para tal efecto.

## II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

### 1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

**FRENTE AL HECHO "2.1":** No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, Sin embargo, se observa que con la reforma de la demanda se aportó prueba sumaria del Registro Civil de Nacimiento del menor Miguel Ángel Palacio Urresti donde consta su parentesco con el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.).

**FRENTE AL HECHO "2.2":** No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, se observa que con la reforma de la demanda se no aportó Registro Civil de Nacimiento del señor **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO** donde conste su parentesco con los señores Jesús María Palacio Espinosa, Ana Felisa Palacio Espinosa y Rosalba Palacios de Trujillo. Al respecto se recuerda, tal como lo ha sostenido la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, que la prueba idónea para acreditar el parentesco es el registro civil de nacimiento o el certificado expedido con base en el mismo, por lo tanto, al no haberse aportado el registro civil de nacimiento o el certificado de este, resulta irrebatible la carencia probatoria del vinculo alegado.

**FRENTE AL HECHO "2.3":** No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, se observa que con la reforma de la demanda se aportó prueba sumaria del Registro Civil de Nacimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) donde conste el lugar y fecha de su nacimiento, así como tampoco se aportó prueba de las condiciones de su núcleo familiar.

**FRENTE AL HECHO "2.4.":** No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, se observa que con la reforma de la demanda se aportó prueba sumaria del oficio No. 1361 del 05 de septiembre de 2011 donde consta la medida de aseguramiento en contra del Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.).

**FRENTE AL HECHO "2.5.":** No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, debe manifestarse que lo inicialmente indicado por el apoderado frente a la vigencia del articulo 61 de la ley 65 de 1993 no se trata de un hecho, sino de una interpretación subjetiva. Por otro lado, tampoco aporta prueba de la supuesta renuencia del INPEC a entregar determinada información ni muchos menos es posible presumir las condiciones en que se encontraba el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) cuando ingresó a dicho centro carcelario, pues esta es una carga que corresponde asumir a la parte actora, lo cual hasta el momento no ha sucedido.

**FRENTE AL HECHO "2.6.**": No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto.

**FRENTE AL HECHO "2.7"**: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) donde consta que el día 10 de enero de 2018 ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno con motivos de consulta "PACIENTE QUIEN INDICA QUE A LAS 10 AM SUFRE CORTADURA DE SIERRA EN FALANGE DISTAL DE 4 DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SANGRADO PROFUSO" y del igual manera, que en la misma se registró "SISTEMA OSTEOMUSCULAR SE EVIDENCIA SEMIAMPUTACION EN FALANGE DISTAL BAJO UÑA, CON EXPOSICION OSEA, SANGRADO ACTIVO MODERADO"

**Apertura URGENCIAS del 10-Ene-2018 03:02 pm: 61 Años**
Id: 837846

**MOTIVO DE CONSULTA**
"ME CORTE CON UNA SIERRA"

**ENFERMEDAD ACTUAL**
PACIENTE QUIEN INDICA QUE A LAS 10 AM SUFRE CORTADURA DE SIERRA EN FALANGE DISTAL DE 4 DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SANGRADO PROFUSO.

**SISTEMA OSTEOMUSCULAR**
SE EVIDENCIA SEMIAMPUTACION EN FALANGE DISTAL BAJO UÑA, CON EXPOSICION OSEA, SANGRADO ACTIVO MODERADO

**FRENTE AL HECHO "2.8.**": No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) donde consta que el día 07 de febrero de 2018 ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno con motivos de consulta "DOLOR EN EPIGASTRIO QUE LIMITA CAMBIOS DE POSICION, FIEBRE".

**Apertura TRIAGE del 7-Feb-2018 10:07 am: 61 Años**
Id: 853153

**MOTIVO DE CONSULTA**
DOLOR EN EPIGASTRIO QUE LIMITA CAMBIOS DE POSICION, FIEBRE

**Clasificación de triage**
Urgencia

De igual manera, obra en el expediente prueba sumaria del Informe Pericial de Necropsia proferido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

**FRENTE AL HECHO "2.9.":** No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) donde consta las atenciones médicas que recibió los días 07, 09, 14, 16, 17, 18, 21, 23 y 25 de febrero de 2018 por parte del Hospital Raúl Orejuela Bueno.

**FRENTE AL HECHO "2.10":** No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) donde consta las atenciones médicas que recibió el día 07 de febrero de 2018, no obstante, contrario a lo manifestado por el accionante, no se observa que en esta fecha lo galenos hayan

ordenado remisión a una institución de mayor nivel y que dicha orden no se haya cumplido.

Por otra parte, en la historia clínica se evidencia que el paciente fue atendido de conformidad con nivel de complejidad del Hospital Raúl Orejuela Bueno y acorde con la sintomatología que presentaba al momento de su ingreso; en consecuencia, al paciente se le suministró una atención adecuada, oportuna, diligente y perita, se le suministraron los medicamentos y tratamiento adecuados para su atención, así como se realizaron todos los exámenes a su alcance para determinar el diagnóstico del paciente así como también se ordenó la remisión para un centro médico de mayor complejidad una vez se obtuvo el diagnóstico del paciente, lo que deja desprovista cualquier fala en el servicio que se le pretenda imputar. Pese a ello, el diagnóstico del paciente se determinó como "CANCER INTRABDOMINAL METASTASICO A HIGADO, CIRROSIS HEPATICA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA", es decir que, cuando ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno su patología se encontraba en un estado muy avanzado y no tenía posibilidades de recuperación, lo que evidencia la inexistencia del nexo causal entre la atención brindada y el fallecimiento.

**FRENTE AL HECHO "2.11.":** No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria del registro civil de defunción del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) donde consta su fallecimiento en la fecha señalada.

Ahora bien, frente a la causa del fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), son solo apreciaciones subjetivas del apoderado de extremo actor por medio de las cuales pretende imputar responsabilidad al Hospital Raúl Orejuela Bueno, sin embrago, y tal como consta en la historia clínica, los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno brindaron una atención oportuna, diligente, perita y con apego a los máximos estándares del la lex artis, le suministraron los medicamentos, tratamiento, ayudas diagnosticas acorde a su nivel de complejidad, así como también expidieron las ordenes de remisión para un centro médico de mayor complejidad una vez se obtuvo el diagnóstico del paciente, lo que deja desprovista cualquier fala en el servicio que se le pretenda imputar. Pese a ello, el diagnóstico del paciente se determinó como "CANCER INTRABDOMINAL METASTASICO A HIGADO, CIRROSIS HEPATICA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA", es decir que, cuando ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno su patología se encontraba en un estado muy avanzado y no tenía posibilidades de recuperación.

**FRENTE AL HECHO "2.12":** No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o

conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria del Informe Pericial de Necropsia proferido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

**FRENTE AL HECHO "2.13":** No es un hecho, son solo apreciaciones subjetivas del apoderado de extremo actor por medio de las cuales pretende imputar responsabilidad al Hospital Raúl Orejuela Bueno, sin embrago, y tal como consta en la historia clínica, los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno brindaron una atención oportuna, diligente, perita y con apego a los máximos estándares de la lex artis, le suministraron los medicamentos, tratamiento y ayudas diagnosticas acorde a su nivel de complejidad, así como también expidieron las ordenes de remisión para un centro médico de mayor complejidad una vez se obtuvo el diagnóstico del paciente, lo que deja desprovista cualquier falla en el servicio que se le pretenda imputar. Pese a ello, el diagnóstico del paciente se determinó como "CANCER INTRABDOMINAL METASTASICO A HIGADO, CIRROSIS HEPATICA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA", es decir que, cuando ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno su patología se encontraba en un estado muy avanzado y no tenía posibilidades de recuperación, lo que evidencia la inexistencia del nexo causal entre la atención brindada y el fallecimiento.

**FRENTE AL HECHO "2.14":** No es un hecho, son solo apreciaciones subjetivas del apoderado de extremo actor por medio de las cuales pretende imputar responsabilidad al Hospital Raúl Orejuela Bueno, sin embrago, y tal como consta en la historia clínica, los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno brindaron una atención oportuna, diligente, perita y con apego a los máximos estándares de la lex artis, le suministraron los medicamentos, tratamiento y ayudas diagnosticas acorde a su nivel de complejidad, así como también expidieron las ordenes de remisión para un centro médico de mayor complejidad una vez se obtuvo el diagnóstico del paciente, lo que deja desprovista cualquier falla en el servicio que se le pretenda imputar. Pese a ello, el diagnóstico del paciente se determinó como "CANCER INTRABDOMINAL METASTASICO A HIGADO, CIRROSIS HEPATICA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA", es decir que, cuando ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno su patología se encontraba en un estado muy avanzado y no tenía posibilidades de recuperación, lo que evidencia la inexistencia del nexo causal entre la atención brindada y el fallecimiento.

**FRENTE AL HECHO "2.15":** No es un hecho propiamente dicho, se trata de la mención sobre el agotamiento del requisito de procedibilidad de la conciliación extrajudicial para acceder al medio de control de reparación directa ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa.

**FRENTE AL HECHO "2.16":** No es un hecho propiamente dicho, se trata de la mención sobre el agotamiento del requisito de procedibilidad de la conciliación extrajudicial para acceder al medio de control de reparación directa ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa.

## 2. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Comedidamente, manifiesto señor Juez que **ME OPONGO** a la totalidad de las pretensiones de la demanda y solicito negarlas, teniendo en cuenta las circunstancias que se expondrán a lo largo del presente escrito que confirman que la gestión prestada por los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno fue totalmente diligente, con aplicación de los protocolos médicos, la "lex artis" y con apego a los procedimientos médicos comúnmente aceptados por la ciencia médica para proveer una atención adecuada al señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), lo cual se evidencia en la historia clínica donde se registra que un vez ingresó a dicha institución fue valorado, se le suministraron lo medicamentos y se le proporcionaron todas las ayudas diagnósticos acorde al nivel de complejidad del hospital, se estableció el diagnóstico y se ordenó la orden de remisión a un centro médico de mayor complejidad, sin embargo, el diagnóstico del paciente se determinó como un "CANCER INTRABDOMINAL METASTASICO A HIGADO, CIRROSIS HEPATICA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA", es decir que, cuando ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno su patología se encontraba en un estado muy avanzado y no tenía posibilidades de recuperación. Por otra parte, el extremo activo no aportó ninguna prueba como un peritaje u otra pertinente y/o conducente, que acredite que el procedimiento medico realizado por los galenos no fue adecuado, o que el paciente tenía oportunidad de recuperación, por lo cual es claro que no hay lugar a declarar la responsabilidad pretendida.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN "4.1." (PRETENSIÓN DECLARATIVA): ME OPONGO** a la declaración de responsabilidad que pretende la parte actora atribuir a la entidad demandada, Hospital Raúl Orejuela Bueno. Lo anterior, debido a que, como se acredita con el material probatorio recaudado hasta esta instancia, no existe ningún fundamento para atribuir el daño reclamado al Hospital Raúl Orejuela Bueno. Conforme se encuentra registrado en la historia clínica, los actos médicos desarrollados por el personal que trató al señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) se ajustaron a los protocolos exigidos para este tipo de eventos médicos, por lo que la labor de los galenos se desarrolló en debidos términos. Además es inexistente el nexo de causalidad entre su actuación y el resultado dañoso teniendo en cuenta que cuando el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno, su enfermedad se encontraba en un estado muy avanzado y no tenía ninguna posibilidad de recuperación. Por lo tanto, es improcedente la declaratoria de responsabilidad en cabeza del asegurado Hospital Raúl Orejuela Bueno.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN "4.2.": (PRETENSIÓN DECLARATIVA): ME OPONGO** a la declaración de responsabilidad que pretende la parte actora atribuir a la entidad demandada, Hospital Raúl Orejuela Bueno. Lo anterior, debido a que, como se acredita con el material probatorio recaudado hasta esta instancia, no existe ningún fundamento para atribuir el daño reclamado al Hospital Raúl Orejuela Bueno. Conforme se encuentra

registrado en la historia clínica, los actos médicos desarrollados por el personal que trató al señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) se ajustaron a los protocolos exigidos para este tipo de eventos médicos, por lo que la labor de los galenos se desarrolló en debidos términos. Además es inexistente el nexo de causalidad entre su actuación y el resultado dañoso teniendo en cuenta que cuando el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno, su enfermedad se encontraba en un estado muy avanzado y no tenía ninguna posibilidad de recuperación. Por lo tanto, es improcedente la declaratoria de responsabilidad en cabeza del asegurado Hospital Raúl Orejuela Bueno.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN "4.3.": (PRETENSIÓN CONDENATORIA) ME OPONGO** a la presente pretensión debido a que es consecuencial de las pretensiones declarativas. Así las cosas, como quiera que aquellas no tienen vocación de prosperidad, esta tampoco.

En todo caso, es fundamental que el despacho tome en consideración que esta pretensión no tiene vocación de prosperidad por cuanto no se aportó prueba siquiera sumaria que permita acreditar los perjuicios reclamados, ni su cuantía conforme a los baremos establecidos por el Consejo de Estado en la sentencia de unificación.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN "4.3.1 Perjuicios morales" (PRETENSION CONDENATORIA): ME OPONGO** a esta pretensión debido a que el hecho del cual se deriva no es fáctica ni jurídicamente imputable al asegurado Hospital Raúl Orejuela Bueno. En todo caso, frente a los demandantes Ana Felisa Palacio Espinosa, Rosalba Palacios de Trujillo y Jesús María Palacio Espinosa no se encuentra probado el alegado perjuicio, en cuanto no se aportó el registro civil de nacimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) donde conste el parentesco con dichos demandantes. Por otra parte, es improcedente este perjuicio a favor de la "Sucesión de Francisco Palacio Espinosa" toda vez que, el daño moral que se alega es precisamente el fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), por lo tanto, es fenomenológicamente imposible que el causante lo haya padecido. De igual manera, es improcedente la transmisibilidad del alegado perjuicio en cuanto no se encuentra probado que el causante haya sufrido daño moral y tampoco que en vida haya ejercido acción indemnizatoria para tal fin. Adicionalmente, la parte actora desconoce los baremos establecidos por el máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, teniendo en cuenta que en el presente asunto se está solicitando por este concepto el valor de 200 SMLMV el demandante Miguel Ángel Palacio Urresti (hijo de la víctima) y 100 SMLMV para cada una las demandantes Ana Felisa Palacio Espinosa, Rosalba Palacios de Trujillo y Jesús María Palacio Espinosa en calidad de hermanas de la víctima, sin tener en cuenta que para la relaciones de parentesco del primer nivel el monto máximo reconocido por la jurisprudencia es de hasta 100 SMLMV y para las del segundo nivel es de 50 SMLMV. Lo anterior, sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN "4.3.2. DAÑO A LA SALUD (PRETENSION CONDENATORIA): ME OPONGO** a esta pretensión debido a que es consecuencial de las pretensiones declarativas y como quiera que aquellas no tienen vocación de prosperidad, esta tampoco. En todo caso, la parte actora no acredita la existencia de un perjuicio por el fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) distinto al daño moral que ya fue solicitado de manera independiente. Adicionalmente, es improcedente su reconocimiento comoquiera que este perjuicio únicamente se reconoce a las víctimas directas, lo que torna imposible su reconocimiento en casos de muerte.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN "4.3.3. Daño inmaterial por afectación relevante a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados" (PRETENSION CONDENATORIA) ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión comoquiera que la parte actora no prueba la existencia de un daño inmaterial por el fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) distinto al daño moral que ya fue solicitado de manera independiente. Lo anterior, pues de acuerdo con la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, estos deben estar acreditados y ser diferenciables de aquél que se reconoce como fuente de los perjuicios morales, para evitar una doble indemnización.".

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.3.4. Lucro cesante" (PRETENSION CONDENATORIA) ME OPONGO**. Por su parte, para solicitar el reconocimiento del lucro cesante en materia administrativa, es necesario que se allegue prueba de la actividad económica que desarrollaba la víctima y de la cuantía de sus ingresos. En suma, para solicitar este tipo de perjuicios es necesario que la parte solicitante lo acredite con pruebas útiles conducentes y pertinentes, las cuales no fueron allegadas, por lo que no resulta procedente la pretensión impetrada en el libelo genitor. Al respecto, se recuerda que la jurisprudencia del Consejo de Estado unificó los criterios para que sea procedente el reconocimiento del perjuicio por lucro cesante y eliminó la presunción según la cual cualquier persona que se encuentra en edad productiva devenga un salario mínimo, por lo tanto, es obligación del extremo actor probar la actividad económica y los ingresos que percibía en desarrollo de una actividad económica. Sin embargo, es evidente que la parte actora desconoce esta carga pues no aportó ninguna prueba que acredite que el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) desempeñaba la actividad económica aludida ni sus ingresos, por el contrario, se encuentra probado que se encontraba privado de la libertad mediante sentencia en firme, por lo tanto, es claro, que al momento de su fallecimiento no laboraba.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.3.5. ME OPONGO** a esta pretensión debido a que es consecuencial de las pretensiones declarativas y como quiera que aquellas no tienen vocación de prosperidad, esta tampoco.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.3.6. ME OPONGO** a esta pretensión debido a que es consecuencial de las pretensiones declarativas y como quiera que aquellas no tienen vocación de prosperidad, esta tampoco. Por el contrario, solicito que condene en costas

y agencias en derecho a la parte demandante, pues son quienes de manera irreflexiva han promovido el medio de control de reparación directa.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.3.7. ME OPONGO** a esta pretensión debido a que es consecuencial de las pretensiones declarativas y como quiera que aquellas no tienen vocación de prosperidad, esta tampoco.

## III. EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE A LA DEMANDA

1. **INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO Y CARENTE DE CULPA, REALIZADO POR LOS GALENOS DEL HOSPITAL RAU OREJUELA BUENO.**

En el presente asunto no existe falla médica y por ende no se le puede endilgar algún tipo de responsabilidad del **HOSPITAL RAU OREJUELA BUENO**, debido a que se obró en atención a los principios de la Lex Artis. Efectivamente, cada uno de los profesionales que intervinieron en la atención del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) actuaron con el mayor profesionalismo, procurando en su obligación de medios realizar todos los procedimientos necesarios para determinar el diagnóstico del paciente y tratar su padecimiento. Sin embargo, pese a que los galenos usaron todos los medios que tenían a su alcance, cuando el paciente ingresó al **HOSPITAL RAU OREJUELA BUENO** su enfermedad se encontraba en un estado muy avanzado por lo que no tenía posibilidades de recuperación.

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

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de

cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

> *"La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica".*[1] (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

> *"**Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida".*[2] (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Sobre el particular, se ha pronunciado el H. Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, por ejemplo, mediante sentencia del 3 de abril, expediente No. 9467, consejero Ponente: Dr. Carlos Betancur Jaramillo, quien al respecto indicó:

> *"Es cierto que está acreditada la existencia del daño sufrido por la paciente y la relación de causalidad de dicho daño con la intervención quirúrgica, lo que hace presumir la falla del servicio en la Entidad demandada, en la medida en que el resultado dañoso no era lo normalmente esperado como producto de intervención médica; y precisamente la circunstancia de que el cumplimiento de la prestación médica estuvo a cargo de la demandada es lo que hace, en virtud de la presunción antes enunciada, que a ella le corresponda acreditar que ésta se desarrolló en debida forma. **En otras palabras, demostrado como está en el sub júdice que el servicio se desarrolló diligentemente; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño.** Afirmar, como lo señalan los magistrados disidentes, que la demanda solo podía exonerarse demostrando la ocurrencia de una causa extraña como determinante del daño, implicaría considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza,*

[1] Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, M.P. Alejandro Martínez Caballero.
[2] Corte Constitucional, sentencia T-373 de 2001. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

> *y determinaría someterla al régimen de responsabilidad objetiva, lo cual no ha sido nunca afirmado por la jurisprudencia, pues resulta claro que en estos casos el riesgo que representa un tratamiento médico se asume por el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad prestadora del servicio."* (Subrayado y negrilla fuera del texto)

Dado lo anterior y teniendo presente que en el caso en estudio se vuelve obligatoria para el extremo actor la carga de acreditar la supuesta falla o negligencia en cabeza de las demandadas, de acuerdo con la naturaleza de la prestación del servicio médico con miras a imputar responsabilidad, la jurisprudencia reitera este deber en la sentencia 174 del 13 de septiembre de 2002 proferida por la Corte Constitucional, en los siguientes términos:

> *"… entonces el médico asume acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría y si el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente que le causa un especifico,* ***este debe con sujeción este acuerdo demostrar en línea de principio el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o en su caso de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por el padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización*** *correspondiente cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, claro, excepto el caso excepcional de la presunción de culpa que con estricto apego al contenido del contrato pueda darse como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado."* (Negrilla y subrayado fuera del texto).

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia por parte del personal de salud, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

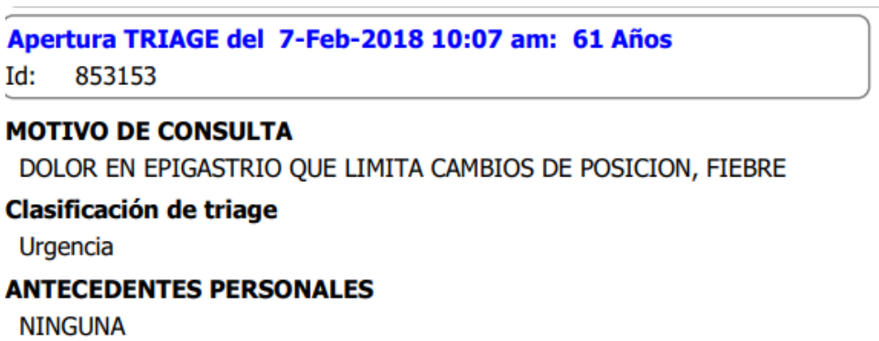
> *"ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario.* ***Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.****"* (Subrayado y negrilla fuera del texto).

De acuerdo con los mandatos legales y jurisprudenciales citados resulta claro que las obligaciones médicas adquiridas por el **HOSPITAL RAU OREJUELA BUENO**, a través de su cuerpo médico profesional son obligaciones de medio y no de resultado. Es por

ello, por lo que en ninguna de sus actuaciones puede garantizarse un resultado determinado, pero sí pueden probar en debida forma que las mismas se sujetaron a los más altos estándares médicos, mostrando un alto grado de diligencia y cuidado en sus actividades, como en efecto sucedió.

En efecto, los médicos adscritos al **HOSPITAL RAU OREJUELA BUENO** mostraron una debida diligencia en su actuar médico al ordenar y realizar de manera inmediata, pertinente y oportuna las ayudas diagnósticas, suministrar tratamiento y realizar los procedimientos necesarios para tratar el padecimiento del paciente.

Como se puede observar en la historia clínica, el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) ingresó al **HOSPITAL RAU OREJUELA BUENO** el día 07 de febrero de 2018 a la hora 10:07 am, con motivo de consulta “DOLOR EN EPIGASTRIO QUE LIMITA CAMBIOS DE POSICION, FIEBRE”, clasificado en triage “Urgencia”, según consta en la nota de enfermería:



**Apertura TRIAGE del 7-Feb-2018 10:07 am: 61 Años**
Id: 853153

**MOTIVO DE CONSULTA**
DOLOR EN EPIGASTRIO QUE LIMITA CAMBIOS DE POSICION, FIEBRE

**Clasificación de triage**
Urgencia

**ANTECEDENTES PERSONALES**
NINGUNA

En la misma fecha, el paciente fue ingresado a hospitalización y se realizaron las diferentes ordenes de ayudas diagnosticas y se le suministró tratamiento acorde a los síntomas que presentaba.

**Orden médica: 765200302901-OMED-280368, 7-Feb-2018**

- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA REC
- BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
- FOSFATASA ALCALINA
- TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA [TGP-ALT] *+
- TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST] +
- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION +

**Orden médica: 765200302901-OMED-280370, 7-Feb-2018**

- RANITIDINA 50 MG AMPOLLA/2ML VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, EV DIL

**Orden médica: 765200302901-OMED-280370,**

Adm.tto: 7-Feb 13:00. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE RANITIDINA POR 50 MG DILUIDA EN 20 CC SSN 09% ENDOVENOSA LENTA SIN PRESENTAR NINGUNA NOVEDAD AUXILIAR DE ENFERMERIA MARINA MONCAYO

**Orden médica: 765200302901-OMED-280370, 7-Feb-2018**

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA BLASKOV, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, EV DIL

**Orden médica: 765200302901-OMED-280370,**

Adm.tto: 7-Feb 13:01. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE tramadol POR 50 MG DILUIDA EN 20 CC SSN 09% ENDOVENOSA LENTA SIN PRESENTAR NINGUNA NOVEDAD AUXILIAR DE ENFERMERIA MARINA MONCAYO

**Orden médica: 765200302901-OMED-280370, 7-Feb-2018**

- SODIO CLORURO 0.9% 500 CC (SOLUCION SALINA), BOLSA, #1, INYECTABLE, 100CC HR

**Orden médica: 765200302901-OMED-280370,**

Adm.tto: 7-Feb 13:00. (1) SE CANALIZA PACIENTE CON ANGIOCAT NUMERO 20 Y SE DEJA COn liquidos endovenoso pasando 100cc por hora LA PACINTE NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION MARINA MONCAYO AUXILAIR D ENEFERMERIA

**Orden médica: 765200302901-OMED-280375, 7-Feb-2018**

- ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS P

Seguidamente, se observa en las notas de enfermería el reporte de ecografía abdominal total que arrojó como resultado “REPORTE DE ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL: HIGADO AUMENTADO DE TAMAÑO, PRESENCIA DE MULTIPLES MASAS REDONDEADAS, ADENOPATIAS PERIHILIARES, LOS CAMBIOS DESCRITOS PUEDEN DEBERSE A ENFERMEDAD METASTASICA HEPATICA CON COMPROMISO GANGLIONAR. AUMENTO DE TAMAÑO DE PROSTATA. CREATININA 1.32, TGO 157, TGP 235, FOSFATASA ALCALINA 1786, PCR 97. BT 5.5, BI 1.4, BD 5.1. ALTERADO HEMOGRAMA: LEUC 8.100, NEUTROFILOS 71%, HB 14, HTO 44, PLAQUETAS 341.000 NORMAL **PACIENTE CON TUMOR ABDOMINAL, AL PARECER METASTASIS HEPATICA.** SE DESCONOCE TUMOR PRIMARIO. CON ENZIMAS HEPATICAS ALTERADAS. SOLICITO VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA GENERAL. SE ENCUENTRA CON SINTOMAS CONSTITUCIONALES.”

**ANÁLISIS Y PLAN**

REPORTE DE ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL: HIGADO AUMENTADO DE TAMAÑO , PRESENCIA DE MULTIPLES MASAS REDONDEADAS, ADENOPATIAS PERIHILIARES, LOS CAMBIOS DESCRITOS PUEDEN DEBERSE A ENFERMEDAD METASTASICA HEPATICA CON COMPROMISO GANGLIONAR. AUMENTO DE TAMAÑO DE PROSTATA.
CREATININA 1.32, TGO 157, TGP 235, FOSFATASA ALCALINA 1786, PCR 97. BT 5.5, BI 1.4, BD 5.1. ALTERADO
HEMOGRAMA : LEUC 8.100, NEUTROFILOS 71%, HB 14, HTO 44, PLAQUETAS 341.000 NORMAL

PACIENTE CON TUMOR ABDOMINAL, AL PARECER METASTASIS HEPATICA. SE DESCONOCE TUMOR PRIMARIO. CON ENZIMAS HEPATICAS ALTERADAS. SOLICITO VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA GENERAL. SE ENCUENTRA CON SINTOMAS CONSTITUCIONALES.

Como se puede observar en la nota de enfermería citada, cuando el paciente ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno, de manera inmediata fue hospitalizado y le realizaron todas las ayudas diagnosticas con las cuales fue posible detectar que el paciente tenía un tumor abdominal en etapa de “metástasis hepática”, lo que desde ya desvirtúa una falla en el servicio por falta de diagnóstico oportuno.

Seguidamente, el paciente permaneció hospitalizado con igual plan de manejo los días 08, 09, 10, 11, 12 y 13 de febrero de 2018, debido a que se encontraba estable. Para el día 14 de febrero de 2018, el paciente presentó deterioro consistente en “MAREOS, SENSACION SUBJETIVA DE DEBILIDAD GLOBAL, NAUSEAS Y VOMITO”

**ANÁLISIS Y PLAN**

VIAS DIGESTIVAS ALTAS; QUIEN EL DIA DE HOY EXHIBE DETERIORO RESPETO A LA EVOLUCION PREVIA, CON MAREOS, SENSACION SUBJETIVA DE DEBILIDAD GLOBAL, NAUSEAS Y VOMITO; NO EVIDENCIANDOSE AL EXAMEN ABDOMINAL ACTUAL ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO FRANCO (AUSENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, AUSENCIA DE DOLOR A LA PALPACION, AUSENCIA DE MASAS O VISCEROMEGALIAS PALPABLES), NI SIGNOS DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL. CONTINUA MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN ESPERA DE REALIZACION DE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, SI BIEN SE TRATA DE UNA PATOLOGIA NEOPLASICA ESTADIO MUY AVANZADO DONDE PROBABLEMENTE AL PACIENTE NO SE LE PUEDE OFRECER EN EL MOMENTO TRATAMIENTO CURATIVO, SI NO MANEJO PALIATIVO UNICAMENTE. IGUALMENTE, INDEPENDIENTE DE MOSTRAR EL FOCO NEOPLASICO PRIMARIO, TENDRIA QUE DOCUMENTARSE EL CARACTER METASTASICO DE LAS LESIONES HEPATICAS, REQUIRIENDO BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA O TRASNPARIETOHEPATICA CON AGUJA TIPO TRUCUT BAJO GUIA ECOGRAFICA O TOMOGRAFICA, LO CUAL REQUIERE EL CONSURSO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA, SERVICIO CON EL QUE NO CONTAMOS CON ESTA INSTITUCION. EN ESTE CONTEXTO, EL PACIENTE DEBERIA SER MANEJADO EN UNA INSTITUCION DE NIVEL III O IV QUE CUENTE CON SERVICIO DE ONCOLOGIA (ONCOLOGIA MEDICA, ONCOLOGIA QUIRURGICA, RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA). CONTINUA MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN ESPERA DE COMPLETAR EL PLAN DIAGNOTICO ANOTADO (REALIZACION DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA Y, SI ESTA ES NEGATIVA, REALIZACION DE COLONOSCOPIA FLEXIBLE TOTAL COMPLEMENTARIA). VER ORDENES MEDICAS.
ORDENES MEDICAS POR CIRUGIA GENERAL:
1. CONTINUA MANEJO INTRAHOSPITALARIO.
2. NADA VIA ORAL HASTA NUEVA ORDEN.
3. PLAN DE LEV: SOLUCION SALINA AL 0.9% A 120 CC POR HORA CON BOMA DE INFUSION CONTINUA Y ADICIONANDO 5 CC DE CLORURO DE POTASIO (KATROL) A CADA 500 CC DE SOLUCION SALINA DE LOS LEV ANTERIORES.
4. HIOSCINA CON DIPIRONA: 20 MG. DE HIOSCINA/2.5 GR. DE DIPIRONA EV CADA 6 HORAS, CON HORARIO.
5. OMEPRAZOL: 40 MG EV CADA 12 HORAS.
6. METOCLOPRAMIDA : 10 MG EV CADA 8 HORAS.
7. VITAMINA K : 10 MG IM CADA 8 HORAS POR 3 DOSIS.
8. CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS VS. ELIMINADOS.
9. CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 4 HORAS.
10. PENDIENTE DE REALIZACION DE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS.
11. INICIAR PLAN DE REMISION A NIVEL III-IV PARA MANEJO INTEGRAL POR SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA.
12. NOTIFICAR CAMBIOS PATOLOGICOS.

En este punto, se resalta que en esta oportunidad los galenos ordenaron “INICIAR PLAN DE REMISIÓN A NIVEL III-IV PARA MENEJO INTEGRAL POR SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA”, según lo registrado en la historia clínica, la orden medica no tenía como propósito ofrecer un tratamiento curativo, pues al tratarse de una “PATOLOGIA NEOPLASICA EN ESTADIO MUY AVANZADO” solo se le podía ofrecer un manejo paliativo. En este sentido se registró: “INDEPENDIENTE DE MOSTRAR EL FOCO NEOPLASICO PRIMARIO, TENDRIA QUE DOCUMENTARSE EL CARACTER METASTASICO DE LAS LESIONES HEPATICAS, REQUIRIENDO BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA O TRASNPARIETOHEPATICA CON AGUJA TIPO TRUCUT BAJO GUIA ECOGRAFICA O TOMOGRAFICA, LO CUAL REQUIERE EL CONSURSO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA, SERVICIO CON EL QUE NO CONTAMOS CON ESTA INSTITUCION. EN ESTE CONTEXTO, EL PACIENTE DEBERIA SER MANEJADO EN UNA INSTITUCION DE NIVEL III O IV QUE CUENTE CON SERVICIO DE ONCOLOGIA (ONCOLOGIA MEDICA, ONCOLOGIA QUIRURGICA, RADIOLOGIA

INTERVENCIONISTA).”. De manera que, incluso si el paciente hubiera sido remitido a un centro medico de mayor nivel, por el estadio avanzado de su padecimiento, no tenía ninguna posibilidad de curarse y la única opción que tenían los médicos era tratar al paciente con manejo paliativo para aminorar los síntomas.

Para los días 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24 de febrero el paciente continuó con el plan de manejo, se realizaron los paraclínicos y demás ayudas diagnosticas. Sin embargo, el paciente siguió presentando un deterioro progresivo de acuerdo a las notas de enfermería.

**ANÁLISIS Y PLAN**

PACIENTE CON HISTORIA DE DOLOR ABDOMINAL DE GRAN INTENSIDAD, PROGRESIVO. CON DEMOSTRACION IMAGENOLOGICA POR ULTRASONOGRAFIA Y TOMOGRAFIA DE ABDOMEN CON CONTRASTE DE MULTIPLES FORMACIONES NODULARES EN HIGADO, LAS CUALES POSIBLEMENTE CORRESPONDEN A UN ORIGEN METASTASICO, SIN OTROS HALLAZGOS.
SE REALIZA EVDA SIN HALLAZGOS NEOPLASICOS, DONDE SE ENCUENTRA VARICES ESOFAGICAS GRADO I, GASTROPATIA ERITEMATOSA (DONDE SE TOMA MUESTRA PARA BIOPSIA) Y COMPRESION EXTRINSECA EN BULBO DUODENAL. CON REPORTE DE MARCADORES TUMORALES CA 19-9 EN 107.
SE INSISTE EN CPRE, ORDENADA POR MARCADA ALTERACION DEL PERFIL HEPATICO, CON CRITERIOR MUY FUERTES DE OBSTRUCCION DE LA VIA BILIAR, CON BILIRRUBINA DIRECTA > 4 (5.5 MG/DL).
SE DECIDE ORDENAR BIOPSIA HEPATICA GUIADA POR ECO, CON EL FIN DE ESTABLECER HISTOLOGICAMENTES ORIGEN DE NEOPLASIA.
AL MOMENTO PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, CON BUENA RED DE APOYO, CON DETERIORO PROGRESIVO DE SU ESTADO CLINICO.
CONTINUA PEND REMISION A NIVEL DE MAYPR COMPLEJIDAD PARA MANEJO POR ONCOLOGIA. CONTINUA CON RESTO DE MANEJO INSTAURADO IGUAL. SE SOLICITAN PÁRACLINICOS DE CONTROL.

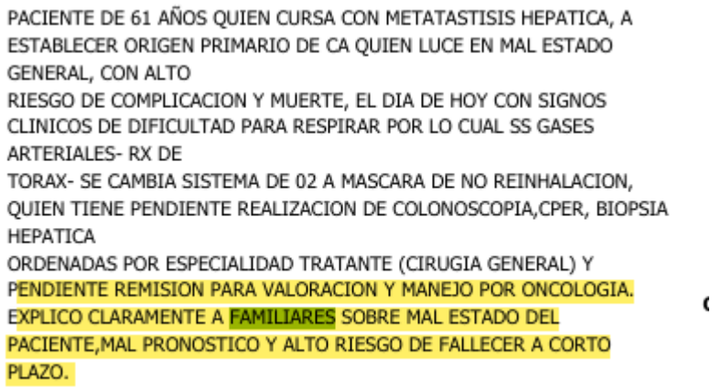
El día 25 de febrero de 2018, según consta en nota de enfermería de las 9:39 am, el paciente “…SE OBSERVA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, TIENE VENA CANALIZADA PERMEABLE EN MSD CON TH, PACIENTE AFEBRIL, ELIMINA ESPONTANEO. DURANTE EL TURNO FUE VALORADO POR LA DOCTORA DE TURNO QUIEN ORDENA OXIGENO POR MASCARA DE NO REHINALACION AL 10%…”

****NOTAS DE ENFERMERIA del 25-Feb-2018 09:38 am: 61 Años**
Id: 1364406

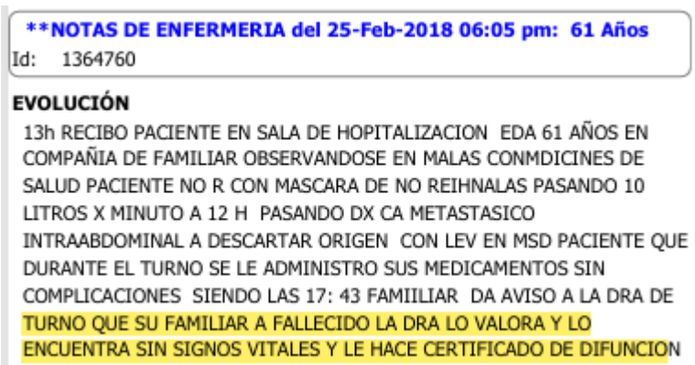
**EVOLUCIÓN**

07:00 RECIBO PACIENTE MAYOR DE EDAD EN SALA DE MDQX, CONCIENTE Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS MENTALES EN COMPAÑIA DEL INPEC. CON DX: YA MENCIONADO. SE OBSERVA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, TIENE VENA CANALIZADA PERMEABLE EN MSD CON TH, PACIENTE AFEBRIL, ELIMINA ESPONTANEO. DURANTE EL TURNO FUE VALORADO POR LA DOCTORA DE TURNO QUIEN ORDENA OXIGENO POR MASCARA DE NO REHINALACION AL 10%. DUERME A INTERVALOS CORTOS, RECIBIO Y TOELRO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN EFECTOS ADVERSOS . RECIBE Y TOLERA ALIMENTACION VIA ORAL. RECIBE VISITA DE LOS FAMILIARES. SE REALIZA ACTIVIDAD DE BIENESTAR Y CONFORT. DURANTE EL TURNO EL PACIENTE PERMANECE EN REGULARES CONDICIONES. PACIENTE AFEBRIL. CON SIGNOS VITALES ESTABLES. 19:00 QUEDA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES. CON SOPORTE DE OXIGENO POR MASCARA DE NO REHINALACION LAS 12 HORAS DEL TURNO. CON VENA CANALIZADA PERMEABLE. . P/ REMISION PARA MANEJO INTEGRAL A NIVEL SUPERIOR.

Más adelante registra el alto riesgo de complicación y muerte del paciente, situación que fue advertida a los familiares del paciente.


PACIENTE DE 61 AÑOS QUIEN CURSA CON METATASTISIS HEPATICA, A ESTABLECER ORIGEN PRIMARIO DE CA QUIEN LUCE EN MAL ESTADO GENERAL, CON ALTO
RIESGO DE COMPLICACION Y MUERTE, EL DIA DE HOY CON SIGNOS CLINICOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR POR LO CUAL SS GASES ARTERIALES- RX DE
TORAX- SE CAMBIA SISTEMA DE 02 A MASCARA DE NO REINHALACION, QUIEN TIENE PENDIENTE REALIZACION DE COLONOSCOPIA,CPER, BIOPSIA HEPATICA
ORDENADAS POR ESPECIALIDAD TRATANTE (CIRUGIA GENERAL) Y PENDIENTE REMISION PARA VALORACION Y MANEJO POR ONCOLOGIA. EXPLICO CLARAMENTE A FAMILIARES SOBRE MAL ESTADO DEL PACIENTE,MAL PRONOSTICO Y ALTO RIESGO DE FALLECER A CORTO PLAZO.

Posteriormente, en nota de enfermería del 25 de febrero de 2018 hora 6:05 pm se registra el fallecimiento del paciente.


**NOTAS DE ENFERMERIA del 25-Feb-2018 06:05 pm: 61 Años
Id: 1364760

**EVOLUCIÓN**

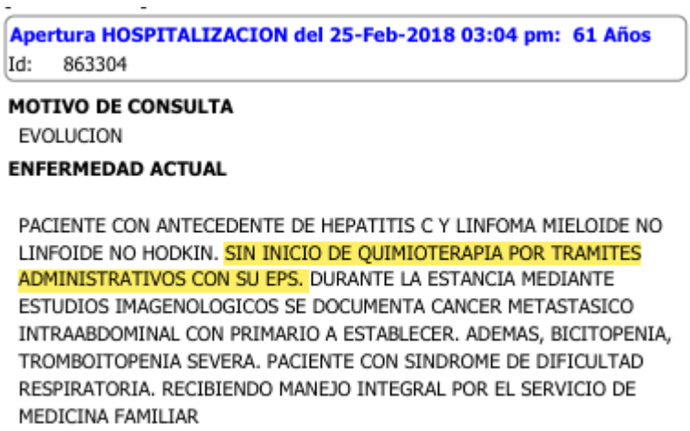
13h RECIBO PACIENTE EN SALA DE HOPITALIZACION EDA 61 AÑOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR OBSERVANDOSE EN MALAS CONMDICINES DE SALUD PACIENTE NO R CON MASCARA DE NO REIHNALAS PASANDO 10 LITROS X MINUTO A 12 H PASANDO DX CA METASTASICO INTRAABDOMINAL A DESCARTAR ORIGEN CON LEV EN MSD PACIENTE QUE DURANTE EL TURNO SE LE ADMINISTRO SUS MEDICAMENTOS SIN COMPLICACIONES SIENDO LAS 17: 43 FAMIILIAR DA AVISO A LA DRA DE TURNO QUE SU FAMILIAR A FALLECIDO LA DRA LO VALORA Y LO ENCUENTRA SIN SIGNOS VITALES Y LE HACE CERTIFICADO DE DIFUNCION

Al revisar la continuidad de las atenciones prestadas por el Hospital Raúl Orejuela Bueno se tiene que el paciente fue atendido entre los días 07 de febrero de 2018 y 25 de febrero de 2018. Atenciones en las cuales realizó hospitalización, se le suministró tratamiento, se realizaron las ayudas diagnostica según el nivel de complejidad del hospital, se ordenaron las remisiones para realización de ayudas diagnosticas de mayor nivel y se estableció el diagnostico del paciente consistente en “CANCER INTRABDOMINAL METASTASICO A HIGADO, CIRROSIS HEPATICA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA”. Actuaciones que se evidencian en la historia clínica desde el primer día en que ingresó al hospital.

No obstante, pese a que la atención medica prestada por los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno fue diligente, oportuna, perita y ajustada los protocolos de la lex artis, la enfermedad del paciente se encontraba en un estadio muy avanzado, el cáncer que padecía ya había hecho metástasis y no existía ninguna posibilidad de recuperación. Inclusive, en la historia clínica se dejó constancia de que por el estado avanzado de la enfermedad el paciente solo podía recibir manejo paliativo.

Ahora, si bien en la historia clínica de manera recurrente se hace alusión a una orden de remisión a un mayor nivel para manejo integral por servicio de oncología médica, se reitera que dicha orden se dio con el propósito de **documentar el carácter metastásico de las lesiones hepáticas**, para lo cual se requería de estudios especializados que solo era posible realizar en un mayor nivel, tal como consta en la nota de enfermería del **14 de febrero de 2018**. Pero, en la misma se aclaró que esta no tenía la finalidad de dar un manejo curativo, pues por el estadio avanzado de la enfermedad, solo se le podía dar manejo paliativo al paciente.

En todo caso, de considerarse que la no remisión del paciente a un mayor nivel, aun cuando los galenos lo habían prescrito, fue la causa o tuvo alguna injerencia en el fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) de ninguna manera puede considerarse como una falla en el servicio medico prestado por el Hospital Raúl Orejuela Bueno, pues los tramites administrativos de dicha orden no se encontraban a su cargo, sino de la EPS del paciente y del INPEC. Al respecto, también resulta de vital importancia referir la anotación del 25 de febrero de 2018, hora 3:04 pm, donde se indica “SIN INICIO DE QUIMIOTERAPIA POR TRAMITES ADMINISTRATIVOS CON SU EPS”, lo que acredita que, de ser esta la causa eficiente del fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) es imputable al hecho de un tercero que exime de responsabilidad al Hospital Raúl Orejuela Bueno.



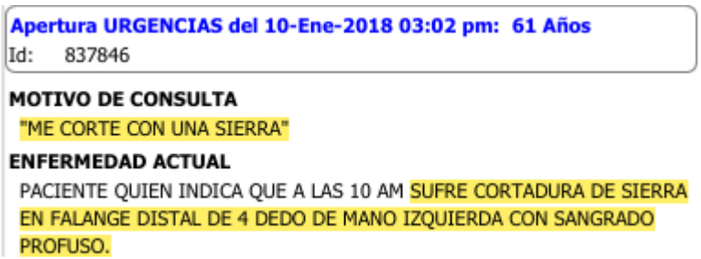
**Apertura HOSPITALIZACION del 25-Feb-2018 03:04 pm: 61 Años**
Id: 863304

**MOTIVO DE CONSULTA**
EVOLUCION

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HEPATITIS C Y LINFOMA MIELOIDE NO LINFOIDE NO HODKIN. SIN INICIO DE QUIMIOTERAPIA POR TRAMITES ADMINISTRATIVOS CON SU EPS. DURANTE LA ESTANCIA MEDIANTE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS SE DOCUMENTA CANCER METASTASICO INTRAABDOMINAL CON PRIMARIO A ESTABLECER. ADEMAS, BICITOPENIA, TROMBOITOPENIA SEVERA. PACIENTE CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. RECIBIENDO MANEJO INTEGRAL POR EL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

En igual sentido, debe precisarse que el Hospital Raúl Orejuela Bueno atendió al paciente en un estado muy avanzado de su enfermedad y con anterioridad a la atención del 07 de febrero de 2018, el paciente no tuvo ningún ingreso relacionado con los síntomas de su padecimiento. De hecho, la nota de enfermería del 10 de enero de 2018, indica que el paciente ingresó por una cortadura en los dedos de la mano izquierda, lo cual no tiene ninguna relación con el cáncer terminal que sufría.



**Apertura URGENCIAS del 10-Ene-2018 03:02 pm: 61 Años**
Id: 837846

**MOTIVO DE CONSULTA**
"ME CORTE CON UNA SIERRA"

**ENFERMEDAD ACTUAL**
PACIENTE QUIEN INDICA QUE A LAS 10 AM SUFRE CORTADURA DE SIERRA EN FALANGE DISTAL DE 4 DEDO DE MANO IZQUIERDA CON SANGRADO PROFUSO.

No obstante, no debe dejarse de lado que, toda vez que el paciente presentaba un cáncer metastásico, posiblemente llevaba mucho tiempo padeciendo dicha enfermedad, por lo tanto, al encontrarse privado de la libertad, era el INPEC la entidad quien tenía la posición de garante y en ese orden de cosas debía garantizar el acceso del paciente al servicio médico. Sin embargo, se reitera que el paciente nunca fue llevado al Hospital Raúl Orejuela Bueno por síntomas relacionados con el diagnostico que presentaba, sino que fue llevado cuando ya no había posibilidad de recuperación.

En todo caso, la parte demandante no aportó ninguna prueba que acredite un error en el diagnostico, procedimiento y tratamiento brindado por parte de los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno, como un peritaje u otra pertinente en la cual se advirtiera que requería de otro procedimiento y/o que el paciente tenía posibilidad de recuperación.

En conclusión, en contra de la tesis abordada por la parte actora en su demanda, se tiene que no existe ninguna falla en el servicio médico prestado por el Hospital Raúl Orejuela Bueno en cuanto los profesionales médicos del Hospital Raúl Orejuela Bueno que atendieron al señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) cumplieron con todos los parámetros médicos y lex artis para el adecuado diagnóstico y tratamiento de su padecimiento, sin embargo, cuando el paciente fue atendido por primera vez en el Hospital Raúl Orejuela Bueno, su enfermedad se encontraba en un estado muy avanzado sin posibilidad de cura, y solo era posibilidad darle un tratamiento paliativo. Po otra parte, la parte actora no aportó ninguna prueba que demuestre que el procedimiento realizado por los galenos del Hospital Raúl Orejuela fue inadecuado y/o que el paciente tuviera alguna posibilidad de recuperación. En todo caso, de acreditarse que la no remisión del paciente y la supuesta demora en el diagnóstico de la enfermedad conllevaron al resultado dañoso, este hecho solo es imputable al hecho de un tercero, que exime de responsabilidad al asegurado. En síntesis, la prueba de diligencia en este caso recae en la misma historia clínica, motivo por el cual, no existe alternativa distinta a exonerar de toda responsabilidad al extremo pasivo.

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

2. **INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL PROCEDIMENTO MÉDICO Y EL FALLECIMIENTO DEL SEÑOR FRANCISCO PALACIO ESPINOSA (Q.E.P.D.)**

En el presente caso no está demostrada la existencia de un nexo de causalidad entre el acto médico y el fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), pues este no deviene de las gestiones dispensadas por parte del Hospital Raúl Orejuela Bueno. En primer lugar, En primer lugar, porque la atención medica desplegada por los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno fue totalmente diligente y perita, tal como se encuentra demostrado en la historia clínica allegada al plenario. En segundo lugar, la parte actora no aportó ninguna prueba que acredite un error en el procedimiento medico dispensado por parte de los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno como un peritaje u otra pertinente en la cual se advirtiera que el procedimiento, tratamiento y diagnostico fue erróneo y/o que el paciente tuviera oportunidad de recuperación, por el contrario, la historia clínica es prueba fehaciente de que los galenos obraron de manera diligente, oportuna y perita durante la atención prestada al demandante, pese a lo cual, cuando el paciente ingresó su enfermedad se encontraba en un estado muy avanzado y no tenía posibilidad de recuperarse y, en todo caso, de acreditarse que la no remisión del paciente o un mayor nivel o la supuesta demora en el diagnostico fue la causa o tuvo alguna injerencia en el resultado dañoso, este solo es imputable al hecho de un tercero, lo que rompe el nexo de causalidad y exonera de responsabilidad al asegurado Hospital Raúl Orejuela Bueno.

Con relación al nexo causal en el contexto de la responsabilidad médica, el Honorable Consejo de Estado ha señalado lo siguiente:

> *"Con relación al nexo causal entre el daño y la actividad de la Administración, también ha reiterado la Sala que el mismo debe aparecer debidamente acreditado puesto que el mismo no se presume, aunque en reconocimiento de la dificultad que surge en no pocas ocasiones para lograr tal prueba, por los elementos de carácter científico que pueden estar involucrados y que resultan de difícil comprensión y demostración por parte del interesado, se admite para "…que la demostración de la causalidad se realice de manera indiciaria, siempre que, dadas las circunstancias del caso, resulte muy difícil-si no imposible-para el demandante, la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar"*[3]

En términos generales, para poder acreditar la existencia de la responsabilidad en contra de las demandadas, es imprescindible la presencia de algunos elementos mínimos, sin los cuales, al juzgador no le quedará más remedio que prescindir de cualquier pretensión indemnizatoria formulada por la parte demandante. Lo anterior, porque es imposible achacarle un supuesto daño o perjuicio a una parte, sin que se acredite que sus actos efectivamente fueron la causa directa o adecuada del daño alegado. Es por eso por lo que la carga mínima de la prueba en cabeza del demandante consiste en demostrar el hecho, el daño y el nexo causal entre el hecho y el daño.

Con relación a este tópico, la doctrina ha señalado lo siguiente:

[3] Consejo de Estado, Sección Tercera. Expediente 14400 de 2006

> *"En la responsabilidad civil existen dos nexos causales: primero, entre la culpa y el hecho, y el segundo, entre el hecho y el daño. Si no hay nexo causal entre la culpa y el hecho, hay causa extraña. Si no hay nexo causal entre el hecho y el daño, este es indirecto. Para que exista responsabilidad civil subjetiva, bien sea contractual o extracontractual, se requieren cuatro elementos: culpa, hecho, daño y nexo causal. En el caso de la responsabilidad civil objetiva, se necesitan tres elementos: hecho, daño y nexo causal"*

En este caso, conforme al anterior marco doctrinal, debe destacarse que el apoderado del extremo activo no ha logrado probar y tampoco hay indicio de ello, que las supuestas fallas endilgadas en contra de la demandada hubieran sido la causa adecuada y determinante del daño, pues no existen elementos probatorios que permitan acreditar tal elemento de la responsabilidad.

Al abordar en concreto la atención brindada por el Hospital Raúl Orejuela Bueno, no se vislumbra que exista una falla en el servicio médico en los términos expuestos por la parte actora. Si bien el extremo activo refiere a una falla por un desacertado procedimiento, falta de diagnóstico y no remisión a un mayor nivel, estas afirmaciones no gozan de ningún soporte probatorio, como se pasa a explicar.

En primer lugar, se reitera que la atención dispensada por los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno se realizó de manera diligente, oportuna y fundamentada en los principios de la lex artis, lo cual deja desprovista cualquier falla en el servicio médico que se le pretenda imputar. La historia clínica da cuenta que la atención médico-asistencial brindada al paciente fue oportuna, adecuada, pertinente y cumpliendo en todo momento los altos estándares de la lex-artis, habida cuenta que una vez el paciente ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno fue atendido de manera inmediata, fue ingresado al servicio de hospitalización, se ordenaron los paraclínico y ayudad diagnósticas y se indicó el diagnostico consistente en ""CANCER INTRABDOMINAL METASTASICO A HIGADO, CIRROSIS HEPATICA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA" y se continuó con el plan de manejo paliativo, dado que el estado avanzado de la enfermedad del paciente, no era posible dar un manejo curativo. Así, al no existir ninguna falla en el servicio atribuible al asegurado, resulta imposible establecer un nexo de causalidad con el resultado dañoso.

En segundo lugar, debe indicarse que con la demanda no se aportó ninguna prueba pertinente y conducente, como dictamen pericial, documental u otra, que acredite que el procedimiento dispensado por los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno fue inadecuado, imperito o inoportuno, ni tampoco que cuando el paciente ingresó a dicha institución tuviera oportunidad de curarse. Sobre el punto, no se puede perder de vista que desde el 07 de febrero de 2018, cuando el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno se diagnosticó el cáncer metastásico, es decir, que se encontraba en un estado terminal y por tanto, no era posible dar un manejo curativo sino paliativo, como consta en la historia clínica. De manera que el

fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), era un riesgo inherente a su enfermedad, incluso se puede decir, que era tal la gravedad del paciente que era el único pronóstico.

No obstante, en el evento remoto de acreditarse que existió alguna falla en el servicio por la no remisión del paciente a un mayor nivel o por un diagnóstico tardío y que estas fueron la causa o tuvieron alguna injerencia en el resultado dañoso, este no es imputable al Hospital Raúl Orejuela Bueno en cuanto era la EPS del paciente y el INPEC quienes tenían a su cargo los tramites administrativos para la remisión de paciente a un mayor nivel y quienes debían acatar las ordenes medicas dadas por lo galenos, así como también era el INPEC quien ostentaba la posición de garante frente al fallecido, por lo tanto, debía garantizar el acceso a los servicios de salud de paciente, sin embargo, este solo llevó al paciente al hospital cuando la enfermedad se encontraba muy avanzada y no se podía curar, siendo una evidente consecuencia de ello el rompimiento del nexo causal por la configuración del hecho de un tercero que exime de responsabilidad Hospital Raúl Orejuela Bueno.

En conclusión, se tiene que el acto por el cual se pretende la declaratoria de responsabilidad de la demandada es inexistente. Efectivamente no hay nexo de causalidad, pues el Hospital Raúl Orejuela Bueno, como se explicó, actuó conforme con la “lex artis” realizaron todos los procedimiento acordes al diagnóstico que presentaba el paciente, sin embargo y pese a la actuación perita, oportuna y diligente de los galenos, cuando el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) ingreso por primera vez al Hospital Raúl Orejuela Bueno no tenía ninguna posibilidad de curarse y lo único que podían hacer los médicos era darle un manejo paliativo para tratar los síntomas. Por otra parte, de comprobarse que la no remisión del paciente a un mayor nivel y la supuesta demora en el diagnostico fueron la causa o tuvieron injerencia en el resultado, es clara la configuración de una causal eximente de responsabilidad por el hecho de un tercero habida cuenta que quienes tenían a su cargo tal gestión era la EPS del paciente y el INPEC que ostentaba la posición de garante. Todo lo anterior, permite evidenciar que no hay nexo de causalidad pues el daño reclamado por los demandantes no tiene relación ninguna con las actuaciones surtidas por los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno.

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

3. **HECHO DE UN TERCERO**.

En el caso sub examine, de acreditarse que las atenciones el fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) tuvo como causa o injirió en ella la no remisión del paciente a un mayor nivel de complejidad o que existió demora en el diagnostico del paciente, es claro que se encuentra configurado el hecho de un tercero como eximente de responsabilidad, teniendo en cuenta que la atención primaria que, por una parte, los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno ordenaron la remisión a un mayor nivel, esta no se hizo efectiva debido a trámites administrativos de la E.P.S. del paciente y del

INPEC, Por otra parte, porque el INPEC era quien tenía la posición del garantía frente al fallecido Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) habida cuenta que se encontraba privado de la libertad, en esa medida, debía garantizarle el acceso a los servicios de salud una vez presentó los síntomas, sin embargo, esto solo lo hizo cuando el paciente ya se encontraba en un estado muy avanzado de su enfermedad, siendo imposible su recuperación.

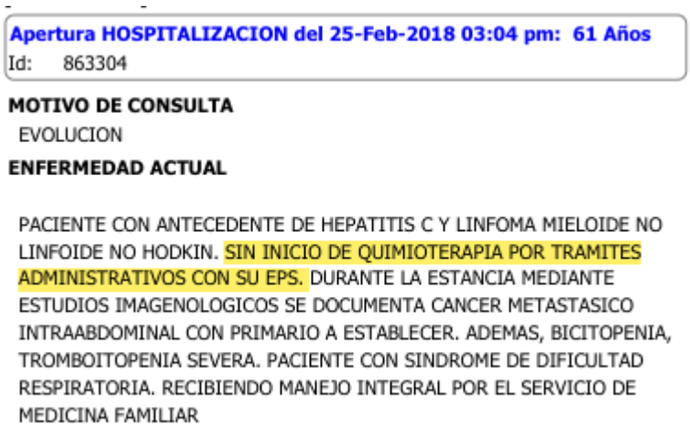
El Consejo de Estado ha reiterado que *"el hecho de un tercero exonera de responsabilidad a la administración en el derecho administrativo colombiano*" En igual sentido, ha indicado que para que se configure el hecho de un tercero como eximente de responsabilidad, es necesario que converjan las siguientes circunstancias:

> *(i) Que sea la causa exclusiva del daño. Si tanto el tercero como la entidad estatal concurrieron en la producción del daño, el resultado no sería la exoneración de responsabilidad, sino la existencia de solidaridad de éstos frente al perjudicado, en los términos del artículo 2344 del Código Civil, lo cual le daría derecho al perjudicado para reclamar de cualquiera de los responsables la totalidad de la indemnización, aunque quien paga se subrogue en los derechos del afectado para pretender del otro responsable la devolución de lo que proporcionalmente le corresponda pagar, en la medida de su intervención.*
>
> *(ii) Que el hecho del tercero sea completamente ajeno al servicio, en el entendido de que ese tercero sea externo a la entidad, es decir, no se encuentre dentro de su esfera jurídica y, además, que la actuación de ese tercero no se encuentre de ninguna manera vinculada con el servicio, porque si el hecho del tercero ha sido provocado por una actuación u omisión de la entidad demandada, dicha actuación será la verdadera causa del daño y, por ende, el hecho del tercero no será ajeno al demandado.*
>
> *(iii) Que la actuación del tercero sea imprevisible e irresistible a la entidad; porque, de lo contrario, el daño le sería imputable a ésta a título de falla del servicio en el entendido de que la entidad teniendo el deber legal de hacerlo, no previno o resistió el suceso. Como lo advierte la doctrina, "sólo cuando el acontecimiento sobrevenido ha constituido un obstáculo insuperable para la ejecución de la obligación, deja la inejecución de comprometer la responsabilidad del deudor.*

De acuerdo con la jurisprudencia citada, y con fundamento en las pruebas aportadas, es posible establecer que el resultado dañoso es atribuible al hecho de un tercero, en los términos que a continuación se explican. Inicialmente se precisa que la imputación que realiza la parte actora a las entidades demandadas se fundamenta en la supuesta falla en el servicio por no haber remitido al paciente a un mayor nivel de complejidad para recibir el tratamiento oncológico y por demora en el diagnostico.

Sobre lo anterior, debe precisarse en primera medida, que si bien los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno ordenaron la remisión a un mayor nivel para manejo integral por servicio de oncología médica, dicha orden no tenía como propósito que el paciente recibiera un tratamiento curativo, pues por el avanzado estado de la enfermedad solo podía recibir un tratamiento paliativo, sino **documentar el carácter metastásico de las**

**lesiones hepáticas**, para lo cual se requería de estudios especializados que solo era posible realizar en un mayor nivel, tal como consta en la nota de enfermería del **14 de febrero de 2018**. Ahora bien, debe destacarse que la obligación de los galenos era dar la orden médica, mientras que los trámites administrativos como autorización y traslado del paciente se encontraban a cargo de la E.P.S. y del INPEC, este último en calidad de custodio del paciente. Sin embargo, como se observa en la historia clínica, el paciente no recibió tratamiento de quimioterapia debido a tramites administrativo con su E.P.S. Al respecto véase la nota de enfermería del 25 de febrero de 2018 hora 03:04 pm:



**Apertura HOSPITALIZACION del 25-Feb-2018 03:04 pm: 61 Años**
Id: 863304

**MOTIVO DE CONSULTA**
EVOLUCION
**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HEPATITIS C Y LINFOMA MIELOIDE NO LINFOIDE NO HODKIN. SIN INICIO DE QUIMIOTERAPIA POR TRAMITES ADMINISTRATIVOS CON SU EPS. DURANTE LA ESTANCIA MEDIANTE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS SE DOCUMENTA CANCER METASTASICO INTRAABDOMINAL CON PRIMARIO A ESTABLECER. ADEMAS, BICITOPENIA, TROMBOITOPENIA SEVERA. PACIENTE CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. RECIBIENDO MANEJO INTEGRAL POR EL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

Por otra parte, si bien la parte actora refiere que de haber detectado que el paciente requería ayuda oncológica en los primeros siete días, era vital para preservar su vida. Lo cierto es que cuando el paciente ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno, el cáncer había hecho metástasis y no tenía posibilidad de recuperarse y mucho menos en el corto plazo de 7 días. Ahora bien, por el estado en que se encontraba la enfermedad, en una fase terminal, es posible que el paciente llevara muchos años desarrollando dicha enfermedad, sin embargo, no obra en la historia clínica que con anterioridad al 07 de febrero de 2018 el paciente haya ingresado al Hospital Raúl Orejuela Bueno con síntomas que al menos hicieran sospechar sobre la enfermedad, por lo cual, el hospital no tuvo oportunidad de establecer un diagnóstico temprano.

Ahora, toda vez que el paciente se encontraba privado de la libertad, la entidad que tenía a cargo su custodia y ostentaba la posición de garante frente al fallecido, era el INPEC. De manera que esta entidad debía garantizar el acceso a los servicios de salud del paciente, sin embargo, se reitera que el paciente nunca fue llevado al hospital con síntoma relacionados con el cáncer que padecía. Sino que fue llevado cuando ya había hecho metástasis y no existía ninguna posibilidad de recuperación.

Así las cosas, si bien como se ha indicado, el fallecimiento del paciente era un riesgo inherente a la enfermedad que padecía, en el caso remoto de acreditarse que la no remisión del paciente a un mayor nivel o la demora en el diagnostico fue la causa o tuvo alguna injerencia en el resultado dañoso, es evidente que en el caso sub examine se acreditan los elementos para que se configure el hecho de un tercero como causal de exoneración de responsabilidad, según las previsiones antes mencionadas, siendo

consecuencia de ello, que se declare la causal eximente de responsabilidad frente al Hospital Raúl Orejuela Bueno.

Por lo expuesto, solicito comedidamente al despacho declarar la prosperidad de la presente excepción.

**4. DE MANERA SUBSIDIARIA, SE DEBE REDUCIR LA CONDENA POR LA CONCURRENCIA DE CULPAS**

Sin perjuicio de que en el caso bajo estudio, se encuentra acreditado el hecho de un tercero, bajo las previsiones previamente expuestas, y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, es posible establecer que el hecho de un tercero al menos tuvo una alta injerencia en la producción del resultado dañoso, por lo tanto, en el improbable caso que se llegare a proferir sentencia condenatoria es menester disminuir el monto de la indemnización.

El artículo 2357 del Código Civil señala que "*La apreciación del daño está sujeta a reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente.*"

En el mismo sentido, el Consejo de Estado mediante sentencia proferida dentro del expediente 19067, con ponencia del consejero Mauricio Fajardo Gómez, dijo lo siguiente:

> *Por otra parte, a efectos de que operen los mencionadas eximentes de responsabilidad (hecho de la víctima o de un tercero), es necesario aclarar, en cada caso concreto, si el proceder activo u omisivo de aquellos tuvo, o no, injerencia y en qué medida, en la producción del daño. En ese orden de ideas, resulta dable concluir que para que dichas causales eximentes de responsabilidad puedan tener plenos efectos liberadores respecto de la responsabilidad estatal, resulta necesario que la conducta desplegada por la víctima o por un tercero sea tanto causa del daño, como la raíz determinante del mismo, es decir, que se trate de la causa adecuada o determinante, pues en el evento de resultar catalogable como una concausa en la producción del daño no eximirá al demandado de su responsabilidad y, por ende, del deber de indemnizar, aunque, eso sí, habrá lugar a rebajar su reparación en proporción a la participación de la víctima. (subrayado y negrilla fuera de texto).*

Abordando al caso concreto, sin perjuicio de que se encuentra probado el hecho de un tercero, según las previsiones antes expuestas, no queda duda que al menos el hecho de un tercero tuvo una alta injerencia en la producción del resultado dañoso. Lo anterior encuentra sustento en que eran la E.P.S y el INPEC quienes tenían a su cargo la autorización de la remisión y demás tramites administrativos para el traslado del paciente a un mayor nivel, lo cual no hicieron pese a que los galenos del Hospital Raúl Orejuela Bueno lo ordenaron, según consta en la historia clínica. Además de que era el INPEC quien tenía la posición de garante frente al fallecido, sin embargo, no lo llevó al hospital,

sino cuando su enfermedad ya se encontraba en un estadio muy avanzado que imposibilitaba cualquier tratamiento curativo.

Por lo anterior, de manera subsidiaria, y de conformidad con las normas y jurisprudencia antes citada, solicito declarar PROBADA la concurrencia del hecho de un tercero y, por lo tanto, se proceda a disminuir la indemnización que correspondiere asumir a las entidades demandadas y, por ende, a la aseguradora.

**5. EN EL CASO BAJO ESTUDIO, EL SUPUESTO DE HECHO NO DEBE SER INDEMNIZADO, PORQUE EL DAÑO PADECIDO DEL QUE SE DERIVA NO ES FACTICA NI JURIDICAMENTE IMPUTABLE AL HOSPITAL RAUL OREJUEL BUENO.**

Es de común conocimiento que el responsable del resarcimiento del daño es quien lo haya producido con su conducta omisiva o activa, en este caso la imputación fáctica del daño y la falla del servicio no pueden ser analizadas desde una perspectiva ideal, crítica o abstracta del funcionamiento del servicio, sino que requieren ser estudiadas desde un ámbito real que consulte las circunstancias de tiempo, modo, lugar y la capacidad de la administración pública al momento de su producción y por los argumentos expuestos en anteriores párrafos es claro que el daño que se invoca irrogado no le es imputable, máxime cuando no el hecho de que deriva era un riesgo inherente a su enfermedad.

Aclarado lo anterior es importante reseñar de forma breve porque cada rubro tipológico pretendido en la demanda no solo no es indemnizable por no ser provocado por el Hospital Raul Orejuela Bueno, sino porque en los mismos criterios del abogado actor hay imprecisiones:

**5.1. FALTA DE PRUEBA DEL DAÑO MORAL, ADEMÁS DEL EXCESO EN LA TASACIÓN**

En el caso objeto de estudio es improcedente el reconocimiento de perjuicios por concepto de daño moral en cuanto la parte actora no logró demostrar que el fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) le sean atribuibles fáctica y jurídicamente al HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO. En todo caso, frente a los demandantes Ana Felisa Palacio Espinosa, Rosalba Palacios de Trujillo y Jesús María Palacio Espinosa no se encuentra probado el alegado perjuicio, en cuanto no se aportó el registro civil de nacimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) donde conste el parentesco con dichos demandantes. Adicionalmente, están solicitando como indemnización por perjuicios morales una suma equivalente a 200 SMLMV para el menor Miguel Ángel Palacio Urresti (hijo de la víctima) y 100 SMLMV para los demandantes Ana Felisa Palacio Espinosa, Rosalba Palacios de Trujillo y Jesús María Palacio Espinosa, en calidad de hermanos del causante cada uno, excediendo el tope máximo concedido por esta jurisdicción como reparación en caso de muerte. Ello teniendo en cuenta que según la

jurisprudencia del máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso Administrativo, en los casos de muerte, se reconoce, para las relaciones de parentesco del 1 nivel la suma de hasta 100 SMLMV y para las relaciones de parentesco del 2 nivel es de hasta 50 SMLMV.

Así pues, frente a los perjuicios morales solicitados en el líbelo de la demanda, es preciso señalar que el Honorable Consejo de Estado, mediante Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, unificó jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales. El mencionado cuerpo colegiado estableció:

> *"Así las cosas, tenemos que el concepto de perjuicio moral se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo. En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así:*
>
> ***Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 SMLMV.***
>
> ***Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.***
>
> *Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.*
>
> *Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.*
>
> *Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio (…)*
>
> *Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva*." (Subrayado y negrilla fuera del texto)

De acuerdo con lo anterior, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales para los demandantes Ana Felisa Palacio Espinosa, Rosalba Palacios de Trujillo y Jesús María Palacio Espinosa en cuanto no se aportó prueba que acredite el parentesco. Al respecto, se recuerda que la prueba idónea para acreditar el parentesco es el Registro Civil de Nacimiento o su certificado, y en el caso concreto la parte demandante no aportó el Registro civil de nacimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) por medio del cual se pueda constatar, en cotejo con los registros civiles de los Ana Felisa Palacio Espinosa, Rosalba Palacios de Trujillo y Jesús María Palacio Espinosa, que estos son hermanos.

Ahora, si bien con la reforma de la demanda se aportó la partida de bautismo del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), esta documental no es prueba idónea del parentesco en razón a lo dispuesto en el Decreto 1260 de 1970, según el cual, para las personas nacidas a partir de 1938, el estado civil sólo puede probarse mediante el correspondiente registro civil. Sobre el punto, resulta relevante a traer a colación el pronunciamiento de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia veintidós (22) de agosto de dos mil trece (2013), Consejero ponente: HERNAN ANDRADE RINCON Expediente número: 13001-23-31-000-2000-00332-02(39307):

> *"Un primer punto sobre el cual la Sala considera oportuno realizar una precisión de orden probatorio, tiene que ver con la legitimación por activa del señor DANIEL MORALES DEL TORO, padre de la víctima, quien para concurrir al plenario aportó copia auténtica de la partida de bautismo fechada a 21 de febrero de 1937 donde se registró que el citado demandante nació el 21 de diciembre de 1935, siendo por tanto indispensable analizar su validez, bajo el entendido que a partir de la vigencia del Decreto 1260 de 1.970 el estado civil y sus alteraciones deben constar en el registro civil, el cual es llevado por funcionarios especiales del Estado.*
>
> ***Como consecuencia de esto, para las personas nacidas a partir de 1938, el estado civil sólo puede probarse mediante el correspondiente registro civil según el Decreto 1260 de 1.970**. Este nuevo estatuto introdujo innovaciones con respecto al antiguo sistema de la Ley 92 de 1.938, que distinguía entre pruebas principales y pruebas supletorias del estado civil. Las primeras se vinculaban al registro civil, no así las segundas (partidas eclesiásticas de matrimonios, bautismos y defunciones)." (Subrayado y negrilla fuera del texto)*

Ahora, teniendo en cuenta que el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) nació en el año 1965, es claro que la prueba idónea del parentesco era el registro civil de nacimiento, pues nació con posterioridad al año 1938, razón suficiente para denegar las pretensiones indemnizatorias de los demandantes Ana Felisa Palacio Espinosa, Rosalba Palacios de Trujillo y Jesús María Palacio Espinosa, en cuanto no se acreditado el parentesco con el causando, y por ende, tampoco es posible aplicar las presunciones del daño moral derivadas del parentesco para el primer y segundo nivel de consanguinidad.

Por otra parte, la parte actora solicita que se reconozca la suma de 200 SMLMV para el menor Miguel Ángel Palacio Urresti (hijo de la víctima) y 100 SMLMV para los demandantes Ana Felisa Palacio Espinosa, Rosalba Palacios de Trujillo y Jesús María Palacio Espinosa, en calidad de hermanos del causante cada uno, suma que resulta a todas luces exorbitante, puesto que el tope fijado por la sentencia de unificación del Consejo de Estado corresponde a sumas abiertamente inferiores de las solicitadas. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte Demandante evocan un evidente ánimo especulativo que no puede convalidar el despacho.

En conclusión, es inviable el reconocimiento por daño moral porque no está acreditado y mucho menos en las sumas pretendidas por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y no se aporta prueba de la calidad en que actúan los demandantes Ana Felisa Palacio Espinosa, Rosalba Palacios de Trujillo y Jesús María Palacio Espinosa. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir de la unificación jurisprudencial del Consejo de Estado. De ese modo, en el daño moral no está probado y las sumas solicitadas en las pretensiones de la demandada desconocen los lineamientos establecidos por esa corporación, es decir, las mismas resultan exorbitantes, claramente la pretensión debe ser desestimada.

## 5.2. IMPROCEDENCIA DEL DAÑO A LA SALUD Y DAÑO A BIENES CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE PROTEGIDOS.

En el caso bajo estudio se encuentra probada la improcedencia del reconocimiento de perjuicios por “daño a la salud” y “bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados” teniendo en cuenta que el precedente jurisprudencial del Consejo de Estado ha sido reiterativo en cuanto la parte actora no aporta ninguna prueba que demuestre que los demandantes hayan sufrido un daño diferente al duelo propio del deceso de las victima el cual fue solicitado como daño moral. Adicionalmente, en lo que respecta al daño a la salud, este solo es indemnizable a favor de la víctima directa, por lo tanto, es improcedente en casos de muerte.

Sobre el particular, se trae a colación lo dicho por el Consejo de Estado en sentencia del veinticuatro (24) de enero de dos mil diecinueve (2019), M.P. RAMIRO PAZO GUERRERO, Rad. 76001233100020080029O 01 (41705), en la cual se distingue aal denominado daño a la salud cuando el perjuicio proviene de una lesión corporal y el de daño a bienes o derechos constitucionalmente protegidos cuando la afectación provenga de otro derecho que no esté comprendido dentro del concepto de daño corporal o afectación a la integridad psicofisica:

> *“En lo tocante a los perjuicios por daños a la vida en relación, modalidad que hacía referencia a las consecuencias que en razón de una lesión o afectación se producen en la vida de relación de quien la sufre,* ***se advierte que esta tipología fue reemplazada por el de daño a la salud, cuando el perjuicio se genera por***

> ***una lesión corporal,*** *y* ***también por el de daño a bienes o derechos constitucionalmente protegidos, cuando aquél tiene su origen en la afectación de cualquier otro bien, derecho o interés legítimo, jurídicamente tutelado y que no esté comprendido dentro del concepto de daño corporal o afectación a la integridad psicofísica."***

En igual sentido, resaltó que, para que estos puedan ser reconocidos es menester que queden debidamente probados.

> *"De acuerdo con lo anterior, en tratándose de los perjuicios inmateriales, nada obsta para que se reconozcan perjuicios distintos a los morales, como el daño a la salud o bien por la afectación de otros bienes o derechos constitucionalmente protegidos. Sin embargo,* ***deben estar acreditados y ser diferenciables de aquél que se reconoce como fuente de los perjuicios morales, para evitar una doble indemnización."***

De manera que, de conformidad con la sentencia citada, en materia de perjuicios ante la jurisdicción contenciosa administrativa, solo es procedente el reconocimiento de perjuicios inmateriales en la modalidad de daño moral, daño a la salud y daño a bienes constitucionalmente protegidos, sin que se pueda admitir otra tipología de perjuicios. Así mismo, resalta la jurisprudencia citada que tanto el daño a la salud, como el daño a bienes convencional y constitucionalmente protegidos deben estará acreditados y diferenciados de aquel que se reconoce como fuente de los perjuicios morales, para evitar la doble indemnización. Sin embargo, como se advierte en el caso concreto, la parte actora no aporta ninguna prueba que acredite un perjuicio distinto al dolor o congoja propio de aquel que causa el fallecimiento de su familiar, por lo tanto, es improcedente su reconocimiento.

Ahora, en lo que respecta al reconocimiento del daño a la salud, este solo es indemnizable a favor de la víctima directa. En efecto en Sentencia del 12 de marzo de 2014, El Consejo de Estado, dispuso lo siguiente:

> *"4. CONCEPTO Y REPARACIÓN DEL DAÑO A LA SALUD. En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y se complementan los términos de acuerdo con la evolución jurisprudencial de la Sección Tercera. La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso****, única y exclusivamente para la víctima directa****, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada, (…)".*

En conclusión, es improcedente el reconocimiento de perjuicios por concepto de "daño a la salud" y "bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados" en cuanto la parte actora no los ha probado, en cuanto no se aportó prueba de que los demandantes hayan sufrido un daño diferente al daño moral propio del deceso de las víctimas. Por otra

parte, en cuanto al daño a la salud, es improcedente en cuanto este solo se indemnizable frente a la víctima directa, en suma, por tratarse de un caso de fallecimiento, es claro que no es procedente el reconocimiento de este perjuicio.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al honorable Juez declarara probada esta excepción.

**5.3. FALTA DE PRUEBA E IMPROCEDENCIA DEL LUCRO CESANTE**

En gracia de discusión, debe indicarse que, en el proceso, la parte actora solicita en cabeza del menor Miguel Ángel Palacio Urresti en calidad de hijo del señor Francisco Palacio Espinoza (q.e.p.d.), el reconocimiento del perjuicio material por concepto de lucro cesante, sin que se aportara prueba alguna que lo sustente. Debe indicarse que no existe prueba del lucro cesante, pues con respecto de la víctima directa, no existe medio probatorio que demuestre que ejercía alguna actividad económica, la cuantía de los ingresos que supuestamente recibía, por el contrario, se encuentra acreditado que el señor Francisco Palacio Espinoza (q.e.p.d.) se encontraba privado de la libertad con sentencia condenatoria en firme, por lo cual, es claro que no laboraba al momento de su fallecimiento. Se destaca que, la sola mención del perjuicio no es suficiente para tenerse como demostrado, pues para ello es necesario acreditar la actividad económica o comercial que desempeñaba el fallecido, así como sus ingresos. Lo expuesto impide al juez de instancia para que, en remoto e hipotético evento de una condena, pueda acceder a su reconocimiento.

En este sentido, resulta útil recordar los aspectos fundamentales que configuran el lucro cesante. Éste se ha entendido cómo una categoría de perjuicio material, de naturaleza económica y de contenido pecuniario. Es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir, que no ingresará al patrimonio de la persona. Es decir, se deja de recibir cuando se sufre un daño y puede ser percibido a título de indemnización por las víctimas directas o indirectas cuando se imputa al causante del perjuicio la obligación de reparar.

No obstante, para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es decir que si no se hubiese producido el daño el ingreso debía percibirse, es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico. Al respecto, el Consejo de Estado ha sostenido lo siguiente.

> *"El lucro cesante, de la manera como fue calculado por los peritos, no cumple con el requisito uniformemente exigido por la jurisprudencia de esta Corporación, en el sentido de que el perjuicio debe ser cierto, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a indemnización. El perjuicio indemnizable, entonces, puede ser actual o futuro, pero, de ningún modo, eventual o hipotético. Para que el*

*perjuicio se considere existente, debe aparecer como la prolongación cierta y directa del estado de cosas producido por el daño (…)"*

Esto significa que el lucro cesante no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias. Por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso. De manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso, siempre que logre acreditarse que en efecto la víctima, al momento de la ocurrencia del daño, ejerciera alguna actividad productiva que le generara los ingresos dejados de percibir.

Ahora bien, se debe mencionar que todas las posibles discusiones que pueden emerger frente al particular fueron zanjadas mediante el más reciente pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano, en la que se elimina la presunción según la cual toda persona en edad productiva percibe al menos un salario mínimo, en tanto contraría uno de los elementos del daño, esto es la certeza. De manera que el lucro cesante solo reconocerá cuando obren pruebas suficientes que acrediten que efectivamente la víctima dejó de percibir los ingresos o perdió una posibilidad cierta de percibirlos. En dicho pronunciamiento se manifestó literalmente lo siguiente:

*"La ausencia de petición, en los términos anteriores, así como* ***el incumplimiento de la carga probatoria dirigida a demostrar la existencia y cuantía de los perjuicios debe conducir, necesariamente, a denegar su decreto.*** *(…)*

*En los casos en los que se pruebe que la detención produjo la pérdida del derecho cierto a obtener un beneficio económico, lo cual se presenta cuando la detención ha afectado el derecho a percibir un ingreso que se tenía o que con certeza se iba a empezar a percibir, el juzgador solo podrá disponer una condena si, a partir de las pruebas obrantes en el expediente, se cumplen los presupuestos para ello, frente a lo cual se requiere que se demuestre que la posibilidad de tener un ingreso era cierta, es decir, que correspondía a la continuación de una situación precedente o que iba a darse efectivamente por existir previamente una actividad productiva lícita ya consolidada que le permitiría a la víctima directa de la privación de la libertad obtener un determinado ingreso y que dejó de percibirlo como consecuencia de la detención.*

***Entonces, resulta oportuno recoger la jurisprudencia en torno a los parámetros empleados para la indemnización del lucro cesante y, en su lugar, unificarla en orden a establecer los criterios necesarios para: i) acceder al reconocimiento de este tipo de perjuicio y ii) proceder a su liquidación.***

***La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho***

> ***<u>que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante.”</u>*** *(subrayado y negrilla fuera del texto original)”.*

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual.

Aterrizando al caso concreto, debe manifestarse que el demandante solicita el reconocimiento de lucro cesante, con ocasión del fallecimiento del señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), sin aportar ninguna prueba pertinente y/o conducente que acredite la actividad económica que éste desarrollaba y la cuantía de sus ingresos. Al respecto, se debe indicar que para el momento de los hechos el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) se encontraba privado de la libertad por sentencia condenatoria en firme, es decir, que no se encontraba vinculado laboralmente al momento de los hechos y no podría hacerlo, en tanto ello se deriva de su condición de reo. Y tampoco existe prueba de que el demandante, pese a estar privado de su libertad recibiera algún ingreso económico. De manera que dicha solicitud deviene improcedente, máxime considerando el pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado que se trajo a colación.

En conclusión, al no haberse aportado prueba siquiera sumaria que permita acreditar (i) la ganancia dejada de percibir como consecuencia del hecho dañoso y (iii) la actividad económica que desarrollaba el señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), no resulta procedente la pretensión impetrada en el libelo genitor, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante consolidado y futuro.

**7. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR EL HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO**

Respetuosamente solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra el medio de control de Reparación Directa, todas las planteadas por el HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO las cuales coadyuvo expresamente, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada y no comprometan su responsabilidad.

**8. GENERICA E INNOMINADA.**

Solicito comedidamente al señor Juez declarar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo del HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO y por deducción jurídica mucho

menos de mi prohijada, que pueda configurar otra causal que las exima de toda obligación indemnizatoria. Lo anterior, en concordancia con lo señalado en el artículo 282 del Código General del Proceso, el cual expresa:

> *"Artículo 282. Resolución sobre excepciones. En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda."*
>
> *Conforme a la norma transcrita el juez deberá declara probadas las excepciones que oficiosamente encuentre acreditadas, por lo que en el evento de encontrarse fundamentos que derroten las pretensiones y no hubieran sido alegados por las partes, solicito se sirva declararlas mediante sentencia*".

**CAPITULO II**

**PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

1. **FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**FRENTE AL HECHO "1"** Dado que el hecho contiene varias afirmaciones se contestarán de la siguiente manera:

Es cierta la existencia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004, donde aparece como tomador y asegurado es la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. Dicha póliza, pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made tiene una vigencia del **28 de febrero de 2016** hasta el **28 de febrero de 2019** (anexos 0, 1, 2 y 3)

Sin embargo, se debe precisar que la cobertura de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria. No obstante, aun en el remoto evento de que se declare la responsabilidad de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, la póliza no está llamada a ofrecer cobertura dada la modalidad de cobertura por reclamación o Claims made, según la cual, la póliza ofrece cobertura solo frente a los hechos que ocurran durante la vigencia o periodo de retroactividad, **y siempre y cuando la reclamación se realice dentro de la vigencia.** Sin embargo, en el caso concreto, se tiene que la reclamación al asegurado se realizó con posterioridad y por fuera de la vigencia la póliza, toda vez que la vigencia va desde el **28 de febrero de 2016** hasta el **28 de febrero de 2019**. Y la reclamación al asegurado solo se realizó hasta el **24 de febrero de 2020** con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial, por lo cual es claro que esta no ofrece cobertura en el caso concreto.

No obstante, por lealtad al asegurado, y pese a que con el llamamiento en garantía no fue vinculada, se pone de presente al despacho la existencia de la Póliza de Seguros de

Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 cuyo tomador y asegurado es la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. Dicha póliza, pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made tiene una vigencia del **28 de febrero de 2019** hasta el **30 de marzo de 2022** (anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), frente a la cual se precisa que, la cobertura que esta ofrece no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria.

Sin perjuicio de lo anterior, la responsabilidad que pretendió predicar la parte demandante hacia la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO no se ha demostrado. en cuanto las pruebas que obran en el expediente acreditan la debida diligencia de los galenos durante la atención brindada al señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), como tampoco se ha acreditado el nexo de causalidad entre el fallecimiento y la atención medica recibida. Por lo tanto, al no configurarse los presupuestos de responsabilidad como se ha fundamentado a lo largo de este escrito, no se realizó el riesgo asegurado y por consiguiente hay una inexistencia de cobertura.

En todo caso, de ser necesario el análisis de la relación sustancial entre el llamante en garantía y mi representada, deberán tenerse en cuenta todas las estipulaciones realizadas en el contrato de seguro, así como el clausulado particular y general que delimita el amparo, limites, exclusiones, coaseguro, deducible, y demás previsiones a tenerse en cuenta

**FRENTE AL HECHO 2.** Es cierto parcialmente, pues si bien la póliza vinculada materialmente ampara la responsabilidad civil profesional del asegurado, en el caso concreto es imposible que se afecte, toda vez que no ofrece cobertura temporal dada la modalidad de cobertura por reclamación o Claims made, según la cual la póliza ofrece cobertura solo frente a los hechos que ocurran durante la vigencia o periodo de retroactividad, **y siempre y cuando la reclamación se realice dentro de la vigencia.** Sin embargo, en el caso concreto se tiene que la reclamación al asegurado se realizó con posterioridad y por fuera de la vigencia la póliza, toda vez que la vigencia va desde el **28 de febrero de 2016** hasta el **28 de febrero de 2019**. Y la reclamación al asegurado solo se realizó hasta el **24 de febrero de 2020** con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial, por lo cual es claro que esta no ofrece cobertura en el caso concreto.

No obstante, por lealtad al asegurado, y pese a que con el llamamiento en garantía no fue vinculada, se pone de presente al despacho la existencia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 cuyo tomador y asegurado es la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. Dicha póliza, pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made tiene una vigencia del **28 de febrero de 2019** hasta el **30 de marzo de 2022** (anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), frente a la cual se precisa que, la cobertura que esta ofrece no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria.

**FRENTE AL HECHO 2.3.** No es un hecho, es una pretensión. Por lo anterior, **ME OPONGO** a que en el caso remoto e hipotético que se profiera sentencia condenatoria en contra del HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E. se ordene a mi representada a responder por el pago de la misma. Lo anterior, toda vez que la cobertura de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria. No obstante, aun en el remoto evento de que se declare la responsabilidad de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, la póliza no está llamada a ofrecer cobertura dada la modalidad de cobertura por reclamación o Claims made, según la cual la póliza ofrece cobertura solo frente a los hechos que ocurran durante la vigencia o periodo de retroactividad, **y siempre y cuando la reclamación se realice dentro de la vigencia.** Sin embargo, en el caso concreto se tiene que la reclamación al asegurado se realizó con posterioridad y por fuera de la vigencia la póliza, toda vez que la vigencia va desde el **28 de febrero de 2016** hasta el **28 de febrero de 2019**. Y la reclamación al asegurado solo se realizó hasta el **24 de febrero de 2020** con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial, por lo cual es claro que esta no ofrece cobertura en el caso concreto.

No obstante, por lealtad al asegurado, y pese a que con el llamamiento en garantía no fue vinculada, se pone de presente al despacho la existencia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 cuyo tomador y asegurado es la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. Dicha póliza, pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made tiene una vigencia del **28 de febrero de 2019** hasta el **30 de marzo de 2022** (anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), frente a la cual se precisa que, la cobertura que esta ofrece no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria.

Sin perjuicio de lo anterior, la responsabilidad que pretendió predicar la parte demandante hacia la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO no se ha demostrado. en cuanto las pruebas que obran en el expediente acreditan la debida diligencia de los galenos durante la atención brindada al señor Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.), como tampoco se ha acreditado el nexo de causalidad entre el fallecimiento y la atención medica recibida. Por lo tanto, al no configurarse los presupuestos de responsabilidad como se ha fundamentado a lo largo de este escrito, no se realizó el riesgo asegurado y por consiguiente hay una inexistencia de cobertura.

En todo caso, de ser necesario el análisis de la relación sustancial entre el llamante en garantía y mi representada, deberán tenerse en cuenta todas las estipulaciones realizadas en el contrato de seguro, así como el clausulado particular y general que delimita el amparo, limites, exclusiones, coaseguro, deducible, y demás previsiones a tenerse en cuenta

## 2. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Si bien en el escrito de llamamiento en garantía no se estipuló ninguna pretensión, por lo que el juez deberá acudir al principio de congruencia, propio de los procesos contencioso administrativos, al tratarse de una justicia rogada, desde ya me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización a que sea condenado el E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO en cuanto la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 no ofrece cobertura temporal dada la modalidad de cobertura por reclamación o Claims made, según la cual la póliza ofrece cobertura solo frente a los hechos que ocurran durante la vigencia o periodo de retroactividad, y siempre y cuando la reclamación se realice dentro de la vigencia. Al respecto, en el caso concreto se tiene que la reclamación al asegurado se realizó con posterioridad y por fuera de la vigencia la póliza, toda vez que la vigencia va desde el **28 de febrero de 2016** hasta el **28 de febrero de 2019**. Y la reclamación al asegurado solo se realizó hasta el **24 de febrero de 2020** con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial, por lo cual es claro que esta no ofrece cobertura en el caso concreto.

No obstante, por lealtad al asegurado, y pese a que con el llamamiento en garantía no fue vinculada, se pone de presente al despacho la existencia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 cuyo tomador y asegurado es la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. Dicha póliza, pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made tiene una vigencia del **28 de febrero de 2019** hasta el **30 de marzo de 2022** (anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), frente a la cual se precisa que, la cobertura que esta ofrece no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria.

Sin perjuicio de lo anterior, y en el evento remoto que el despacho considere que alguna de las pólizas vinculadas ofrece cobertura, esta no se podrá afectar sino en atención estricta a las condiciones particulares y generales pactadas en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (anexos 0, 1, 2, y 3), y la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5) cuyo tomador y asegurado es el E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.** Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho de concertar un contrato de seguro no quiere decir que opere automáticamente alguna cobertura, por cuanto el mismo se rige esencialmente por las cláusulas particulares y generales pactadas entre las partes y por supuesto, por el Código de Comercio Colombiano. Consecuentemente, ruego al despacho tener en cuenta los amparos otorgados, las exclusiones, el límite y sublímites del valor asegurado y el deducible pactado en la póliza.

## 3. EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO

**3.1. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DADA LA MODALIDAD DE COBERTURA POR RECLAMACIÓN O CLAIMS MADE Y CONSECUENTE FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE LA ASEGURADORA CON FUNDAMENTO EN DICHA PÓLIZA.**

En el caso sub examine, se encuentra probado que la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 no ofrece cobertura temporal, teniendo en cuenta que esta fue suscrita por la delimitación de cobertura por reclamación o Claims Made, de manera que dicha reclamación debía hacerse en vigencia del contrato de seguro, lo cual no ocurrió. Así pues, si bien los hechos ocurrieron durante el periodo de retroactividad de la póliza, la reclamación solo se efectuó hasta el **24 de febrero de 2020** y la vigencia de la póliza está comprendida desde el **28 de febrero de 2016** hasta el **28 de febrero de 2019** según los anexos 0, 1, 2 y 3, lo que evidencia su falta de cobertura. Lo anterior, deviene en una evidente falta de legitimación en la causa por pasiva de la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. para comparecer al proceso, con fundamento en dicha póliza.

Sobre el particular, se debe señalar que la cobertura de la póliza que sirvió de fundamento para el llamamiento en garantía, se extiende, con sujeción a las condiciones pactadas en la misma a amparar la responsabilidad civil médica del **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** Dichas pólizas fueron pactada bajo la modalidad de cobertura por reclamación o claims made, la cual contempla que la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora sólo puede surgir a partir de los hechos ocurridos dentro de la vigencia o periodo de retroactividad de la póliza y, siempre y cuando, que la reclamación se haya efectuado dentro de la vigencia.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DE CLINICAS,
Y CENTROS MEDICOS, COBERTURA BASE CLAIMS MADE.
"Claims made": Cubre las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante la vigencia del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

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

Lo anterior, con fundamento en el artículo 4º de la Ley 389 de 1997, el cual dispone:

> ***"ARTICULO 4o****. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.*
>
> *Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años".*

Así las cosas, se debe señalar que con la Ley 389 de 1997 y lo estipulado en materia del contrato de seguros por el Código de Comercio, se configura una doble exigencia a la hora de reclamar por el acaecimiento de un siniestro cuando se ha pactado esta

modalidad. La dualidad consiste en: la materialización del siniestro y la reclamación dentro del término específico. Esta característica diverge del sistema tradicional de ocurrencia, en el cual importa que el hecho dañoso se produzca en la vigencia del contrato de seguro mas no si el requerimiento por el interesado se realiza cuando la póliza haya expirado. Así las cosas, sobre la modalidad descrita la corte recientemente concluyó lo siguiente:

> *"—Por su parte, las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso."*[4]

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

En consecuencia, en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004, se concertó previamente el ámbito de cobertura temporal de la póliza, de la siguiente manera:

**Vigencia anexo 0.**

| | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA DE LA PÓLIZA | 28 | 02 | 2016 | 23:59 | | 28 | 02 | 2017 | 23:59 |
| | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS |

**Vigencia Anexo 1.**

| | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA DE LA PÓLIZA | 28 | 02 | 2017 | 23:59 | | 28 | 02 | 2018 | 23:59 |
| | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS |

**Vigencia Anexo 2.**

| | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA DE LA PÓLIZA | 28 | 02 | 2018 | 23:59 | | 28 | 02 | 2019 | 23:59 |
| | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS |

**Vigencia Anexo 3.**

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

| VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DIA | MES | AÑO | HORAS |
|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA DESDE | 28 | 02 | 2018 | 23:59 A LAS |
| VIGENCIA HASTA | 28 | 02 | 2019 | 23:59 A LAS |

Abordando al caso concreto, se tiene que la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 tiene una vigencia desde el **28 de febrero de 2016** hasta el **28 de febrero de 2019** (Anexos 0, 1, 2 y 3). Sin embargo, si bien el hecho ocurrió dentro de dicha vigencia (25 de febrero de 2018), la reclamación por parte de los demandantes solo se realizó hasta el **24 de febrero de 2020** con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial. Es decir, con posterioridad y por fuera de la vigencia de la póliza.

| PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: INTERVENCIÓN | Fecha de Revisión | 14/11/2018 |
| | SUBPROCESO: CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL | Fecha de Aprobación | 14/11/2018 |
| | FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO | Versión | 1 |
| | CÓDIGO: REG-IN-CE-006 | Página | Página 1 de 2 |

**CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL**

**PROCURADURÍA 217 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS**

**Radicación N.° 2664 de 24 de febrero de 2020**

| | |
|---|---|
| **Convocante (s):** | DENIS URRESTI DELGADO EN REPRESENTACIÓN DE MIGUEL ANGEL PALACIO URRESTI, ANA FELISA PALACIO ESPINOSA, ROSALBA PALACIOS DE TRUJILLO, JESUS MARIA PALACIO ESPINOSA |
| **Convocado (s):** | INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - UNIDAD DE SERVICIOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS - HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - FIDUPREVISORA SA Y FIDUAGRARIA SA COMO INTEGRANTES DEL FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2017 (HOY 2019) |
| **Medio de Control:** | REPARACION DIRECTA |

Ahora bien, la ausencia de cobertura temporal de la póliza deviene inexorablemente en una falta de legitimación en la causa por pasiva de la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. Sobre el particular es menester traer a colación la Sentencia proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Oralidad Medellín en un caso similar, en la cual dijo lo siguiente:

> *"Encontrándose al tanto de tal excepción la Fundación Clínica del Norte, centró sus argumentos de defensa en que, la medula del asunto radica en "…el error al que se quiere inducir al Despacho sobre el comienzo de la vigencia del contrato de seguro en virtud del cual se llama en garantía, que corresponde a las 24 horas del 17 de junio de 2019, esto es, a las cero horas de este día y no a las 23:59 horas además de dar contestación a la demanda". (Negrillas fuera de texto).*
>
> *Para ello, iterando que para la Fundación Clínica del Norte existe un claro malentendido acerca de que se debe entender por 24 horas (predominantemente sistema de huso horario militar), y que, por ende, las 24 horas de la fecha de entrada en vigencia de la prementada póliza realmente se corresponden con las*

*"cero horas" del 17 de junio de 2019 (entendiéndose tácitamente su oposición a los argumentos del llamado en garantía); solicitó fueran decretadas como pruebas: la confesión del apoderado judicial, interrogatorio de parte respecto del representante legal de Seguros del Estado S.A., la declaración de Jorge Hernán Sanín Calad, Jady García, Anabel Tamayo Torres, como terceros, al igual que Axel Diaz Ortega, como técnico experto en el huso horario de 24 horas; y, finalmente, se oficiara al Instituto de Metrología de Colombia, al Ejercito Nacional de Colombia, a la Armada Nacional de Colombia, a la Fuerza Aérea de Colombia y a la Policía Nacional, a fin de que certificaran, entre otros aspectos, a que se corresponde las "…00:00 en la hora militar".*

*En virtud de todo lo anterior, y **hallándose que el acervo documental es absolutamente suficiente para entrar a decidir de fondo –aunque parcialmente- el proceso de la referencia, única y exclusivamente en lo tocante con la eventual falta de legitimidad en la causa por pasiva de Seguros del Estado S.A. como llamado en garantía de la Fundación Clínica del Norte, reiterándose lo expuesto ab initio, este Despacho procederá a proferir sentencia anticipada parcial de conformidad con las siguientes…"**[5]*
(subrayado y negrilla fuera de texto)

Conforme con lo anterior, una consecuencia lógica de la ausencia de cobertura temporal del contrato de seguro es la deslegitimación por pasiva de la aseguradora para comparecer al proceso, precisamente porque la póliza en virtud de la cuál fue vinculada no ofrece cobertura temporal.

En conclusión, al no haberse efectuado la primera reclamación durante la vigencia de la vigencia de la póliza, no puede tomarse en cuenta, por parte del despacho, el contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 1, 2 y 3), toda vez que incumple los términos de la modalidad de cobertura por reclamación Claims made, adoptada tanto legal como contractualmente. Así las cosas, con fundamento en dicha póliza no es posible efectuar pronunciamiento alguno frente a mi representada, al encontrarse configurada la falta de legitimación en la causa por pasiva teniendo en cuenta que la póliza en comento no ofrece cobertura temporal.

Por lo anterior, solicito al honorable Juez declarar **PROBADA** esta excepción.

**3.2. INEXISTENCIA DE SINIESTRO POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) Y EN LA PÓLIZA DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 420-88-994000000022 (ANEXOS 0, 1, 2, 3, 4 Y 5) – POR LO TANTO, NO ES EXIGIBLE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**

[5] 3Juzgado Primero Civil del Circuito de Oraliad de Medellín, Sentencia del 18 de diciembre de 2020, Radicado 05001-31-03-001-2019-00403-00

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representado respecto de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) y la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), toda vez que no se encuentra realizado el riesgo asegurado y amparado en las mismas, lo anterior, teniendo en que frente a la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) no ofrece cobertura temporal según lo expuesto previamente y, en todo caso, no se acreditó la responsabilidad del asegurado cuyo riesgo se ampara en dichas pólizas.

Sobre el particular se debe precisar que, al no encontrarse probado un hecho dañoso imputable al asegurado, tampoco surge obligación alguna de indemnizar por parte de la aseguradora, esto, en el entendido de que el contrato de seguro se encuentra sujeto a una obligación condicional que es la ocurrencia del siniestro contractualmente asegurado bajo las circunstancias pactadas en el contrato de seguro, que en este caso no se cumplió.

La Corte Constitucional, tratando sobre la naturaleza del contrato de seguro, señaló que *"la obligación condicional, es aquella en virtud de la cual "el asegurador asume el riesgo contratado por el tomador, mediante el pago de la prestación asegurada, sujeta a la condición de ocurrencia del siniestro*" De lo que se extrae que sin la ocurrencia del siniestro no se puede hacer efectiva la póliza y, desde luego que, si su ocurrencia no ha sido atribuida al asegurado, la reclamación del seguro no tiene lugar.

Como se ha reiterado, la parte demandante no logró demostrar la falla en el servicio del E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO por cuanto se pudo establecer que los hechos de la demanda y las pretensiones no se adecuan a una falla en el servicio médico prestado por esta, al contrario, la historia clínica es prueba fehaciente de la atención perita, oportuna, diligente y ajustada a la lex artis de la atención brindada al menor. Sin embargo, en el sub lite quedó demostrado que tuvo lugar el hecho de un tercero en la producción del resultado dañoso que exonera de toda responsabilidad al asegurado.

Así las cosas, no existe obligación de mi mandante de indemnizar toda vez que, de las pruebas obrantes en el proceso se pudo establecer que la realización del daño no le es imputable al asegurado. Luego al no realizarse el riesgo asegurado, o no existir amparo para el evento, el juzgador debe exonerar a mi representada de toda obligación. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, Sentencia del 2 de mayo de 2000. Ref. Expediente: 6291. M.P: Jorge Santos Ballesteros; indicó lo siguiente:

> *"Son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están*

> *llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanan."*

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

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

En efecto, al no darse los elementos que permitan declarar la responsabilidad del Asegurado, no hay fundamento para afectar la póliza en comento por ausencia de realización del riesgo asegurado, es decir que en el presente asunto no se ha estructurado un siniestro, lo que deviene en que no se cumple la condición esencial para que surja la obligación contractual de resarcir a cargo de mi procurada.

Por lo anterior, solicito declara **PROBADA** la falta de cobertura de la póliza, al no haberse realizado el riesgo asegurado.

### 3.3. LIMITE Y SUBLIMITE DEL VALOR ASEGURADO

Conforme con lo expuesto a lo largo del presente escrito, ante un hipotético evento de responsabilidad en cabeza de mi representada, deberá tenerse en cuenta el valor asegurado en el contrato de seguro así como los sublímites pactados por evento, que fueron claramente determinados para la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) y la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), en su carátula y en su condicionado particular, que delimita el máximo de responsabilidad de la aseguradora frente a los eventuales siniestro.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que nos ocupa sí deba prestar cobertura para los hechos objeto de este litigio, que además se hayan acreditado los elementos de la responsabilidad y se haya determinado que la Aseguradora es la que está llamada a indemnizar los perjuicios reclamados por los Demandantes. El despacho deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar

a mi representada al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se logrará demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

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

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

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

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

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante, y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda exclusivamente por la porción de riesgo asumido. De conformidad con lo señalado, necesariamente debe tenerse en cuenta la suma global pactada en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) y la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), es de MIL QUINIESTOS MILLONES DE PESOS ($1.500.000.000) respectivamente, para el amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL que se pretende afectar, el cual se encuentra en las condiciones particulares de la póliza, de la siguiente forma:

- **Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3):**

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | | $ 1,500,000,000.00 |
| | RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 |
| | TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 |
| | RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 |
| | USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 |
| | SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 |
| | GASTOS DE DEFENSA | 225,000,000.00 |

- **Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5):**

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | | $ 1,500,000,000.00 |
| | RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 |
| | TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 |
| | RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 |
| | USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 |
| | SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 |
| | GASTOS DE DEFENSA | 150,000,000.00 |

Por ende, bajo el hipotético supuesto que se acaba de mencionar, se deberá tener en cuenta que la suma asegurada en la póliza representa el límite máximo amparado.

Por otro lado, es pertinente precisar que en caso de ordenarse pagar alguna clase de condena con cargo al seguro que se involucró en el proceso, de conformidad con la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) y la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), deberá darse aplicación a los sublímites por evento, pactados para cada uno de los amparos.

Al respecto, se precisa que los sublímites corresponden a la limitación del valor global asegurado, aplicado a una determinada cobertura de conformidad con las condiciones particulares de la póliza. Sobre el asunto, en sentencia SC1947-2021 del 26 de mayo de 2021, Corte Suprema de Justicia, con ponencia del Magistrado ALVARO FERNANDO GARCIA RESTREPO, se refirió a los sublímites del contrato de seguro en los siguientes termino:

> *"En criterio del censor, el entendimiento que el ad quem le dio a los referidos seguros comportó la comisión de error de hecho por tergiversación de su genuino sentido y adicionalmente, pretermisión de las "CONDICIONES GENERALES" de los mismos, como quiera que la correcta ponderación de los primeros en conjunto con la apreciación de las segundas, le hubiese permitido establecer que el aludido sub limite no corresponde a un riesgo independiente y/o autónomo frente al de muerte o lesión de dos o más personas, de modo que resulta excluido por este,*

*sino que, por el contrario, responde a la regulación del valor máximo al que la aseguradora está obligada, por concepto de perjuicios morales, incluso, en este supuesto". (subrayado y negrilla fuera del texto)*

Ahora, en la página 2 del condicionado particular de la Póliza de Responsabilidad Civil clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3), se pactaron los siguientes sublímites:

RIESGO CUBIERTO
Responsabilidad civil institucional:
Transporte en ambulancia
Responsabilidad civil del director médico:
Uso de equipos de diagnostico o de terapéutica:
Suministro de medicamentos
Sublimite del 20% para cubrir Daños morales, daños la vida en relación y lucro cesante, siempre que el daño moral derive de un daño fisico y previo fallo judicial.
Sublimite del 15% para cubrir Gastos de defensa haciendo parte del agregado anual y no en adición a éste.

Por su parte, en la página 2 del condicionado particular de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), se pactaron los siguientes sublímites:

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

De conformidad con lo anterior, en la Póliza de Responsabilidad Civil clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) se pactó un sublímite del 20% del valor asegurado de la póliza por evento, para la cobertura de perjuicios morales, daño a la vida de relación y lucro cesante lo que, en suma, se traduce en que la máxima exposición de la póliza es de $300.000.000 por dichos conceptos.

Por otra parte, en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5) se pactó un sublímite del 30% del valor asegurado de la póliza por evento, para la cobertura de perjuicios extrapatrimoniales, donde se incluye daños morales, perjuicios fisiológicos, daño a la vida de relación y lucro cesante, lo que, en suma, se traduce en que la máxima exposición de la póliza es de $300.000.000 por dichos conceptos es de $450.000.000.

Se concluye entonces que, en el caso remoto de ordenar pagar alguna clase de condena con cargo al contrato de seguro, dicha condena se deberá ceñir a las disposiciones pactadas en el condicionado particular de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) y de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5) respectivamente, relativas al límite del valor asegurado y los sublimes por amparos.

Así las cosas, teniendo en cuenta que el límite de la suma asegurada es de $1.500.000.000 para cada una de las pólizas y, para el caso concreto en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004

(Anexos 0, 1, 2 y 3) el sublímite de los perjuicios morales, daño a la vida de relación y lucro cesante por evento corresponde al **20%** de dicha suma, la eventual obligación indemnizatoria de mi representada, con fundamento en el contrato de seguro, no podrá exceder el sublímite de **$300.000.000**, teniendo en cuenta, de igual manera el deducible pactado en la póliza. Y, por otra parte, respecto de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5) el sublímite de los daños morales, daños fisiológicos, daño a la vida de relación y lucro cesante por evento corresponde al **30%** de dicha suma, la eventual obligación indemnizatoria de mi representada, con fundamento en el contrato de seguro, no podrá exceder el sublímite de **$450.000.000**, teniendo en cuenta, de igual manera el deducible pactado en la póliza.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

### 3.4. DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO

Seguidamente a los argumentos expuestos, 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 remoto caso que se encuentre razón para hacer efectiva la póliza referida, debe tener presente el Despacho que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupa, se impuso una carga al Asegurado, en virtud de la cual, este asumirá una parte del mismo. Al respecto, el artículo 1103 de C.Co., con relación al deducible señala lo siguiente:

> *"Artículo 1103. Deducible. 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."*

Esto es lo que se denomina deducible, entendido como una suma de dinero que hace parte del valor del siniestro, que debe asumir el asegurado como coparticipación en el mismo. En la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) y la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5), expedida por mi representada, respectivamente, se pactaron unos deducibles que están a cargo única y exclusivamente del asegurado E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el Honorable Juzgador tome en consideración que, tanto la definición del deducible como su forma de aplicación, ha sido ampliamente desarrollada por la Superintendencia Financiera de Colombia en distintos conceptos, como el que se expone a continuación:

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

Así las cosas, en el hipotético y remoto evento que mi representada se obligare a indemnizar en virtud del contrato de seguro, debe tenerse en cuenta el deducible pactado en la **Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004** (Anexos 0, 1, 2 y 3) a cargo del asegurado E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, para el amparo que se pretende afectar correspondiente a "RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL" es del **10% de la pérdida, mínimo $5.000.000**:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Por otra parte, en la **Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5)** se pactó el siguiente deducible a cargo del asegurado E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, para el amparo que se pretende afectar correspondiente a "RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL" es del **10% de la pérdida, mínimo $5.000.000:**

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada civilmente responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro, es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, asciende a **10% de la pérdida, mínimo $5.000.000** para todas y cada una de las pérdidas, de conformidad con las pólizas mencionadas. Por todos los argumentos fácticos y jurídicos anteriormente esbozados, solicito de manera respetuosa señor Juez, que se declare probada esta excepción.

### 3.5. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA.

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro de la póliza y en cuyo caso de

acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares del contrato aseguraticio. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

> *"Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro"*[6]

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. Razón por la cual, es menester señalar que la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004, en su sección segunda señala una serie de exclusiones, las cuales de consumarse exoneran de toda responsabilidad a mi prohijada.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

### 3.6. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS

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

[6] 5 Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la l Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del tres (3) de junio de dos mil quince (2015), expediente (28882), dispuso:

> *No hay que dejar de lado, que el carácter de un contrato de seguro, es indemnizatorio, toda vez que está encaminado a reparar a favor del asegurado, los daños que ocurran cuando el siniestro se presente, hasta el monto del valor asegurado. Sobre este último aspecto, cabe centrar la atención de la Sala, pues la parte demandada aduce que la obligación del contrato se limitaba a la suscripción de las pólizas de seguro, afirmación que iría en contra de la esencia misma del contrato, pues no podría entenderse que la obligación de cancelar los daños cuando se presentara el siniestro, no se encontraba prevista en dicho contrato. (…) Se desprende que las pólizas expedidas por la demandada, hacen parte del contrato suscrito entre las partes, y no son contratos aparte, como se señaló.*

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

> *"Artículo 1088. Carácter indemnizatorio del seguro. Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso"* (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Lo anterior, guarda concordancia con el artículo 1127 ibídem, veamos:

> *Artículo 1127. Definición de seguro de responsabilidad. El seguro de responsabilidad impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado. Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave, con la restricción indicada en el artículo 1055.*

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: daño emergente, lucro cesante, daño emergente, perjuicios morales, daño a la salud, no son de recibo por cuanto su reconocimiento a cargo de la aseguradora correlativamente significaría una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro contenido en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) y la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (Anexos 0, 1, 2, 3, 4 y 5). Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por presuntos perjuicios no demostrados.

Efectivamente, no habría lugar al reconocimiento de estos conceptos, dado que no es procedente el reconocimiento de perjuicios materiales e inmateriales, por cuanto es claro que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada toda vez que la póliza no ofrece cobertura temporal y además no se existe responsabilidad del E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, por el fallecimiento del señor Franciso Palacio (q.e.p.d.). Maxime si se tiene en cuenta que respecto de los perjuicios materiales e inmateriales no existe prueba alguna que permita su reconocimiento. Adicionalmente, porque la solicitud indemnizatoria sobrepasa los topes indemnizatorios establecidos en la sentencia de unificación del Consejo de Estado.

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

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

**3.7. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD POR PASIVA ENTRE EL ASEGURADO Y LA ASEGURADORA**

Revisado el contrato de seguro no se vislumbra que se haya pactado cláusula de solidaridad entre las partes, por lo que, la relación entre el asegurado y mi representada en ningún momento comportará solidaridad.

Es importante resaltar que la obligación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. es de carácter contractual, cuyo fundamento es el contrato de seguro, y no hace parte de este la responsabilidad civil medica que se llegare a atribuir al asegurado E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO siendo así, estas resultan independiente y no se constituyen como solidarias. Postura que encuentra asilo con lo dicho por la jurisprudencia de las altas cortes, así:

La Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil y mediante ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez en sentencia SC20950-2017 Radicación N° 05001-31-03-005-2008-00497-0118 indicó lo siguiente:

> *"(...) Por último, la compañía aseguradora no está llamada a responder de forma solidaria por la condena impuesta, sino atendiendo que «el deber de indemnizar se deriva de una relación contractual, que favoreció la acción directa por parte del demandante en los términos del artículo 1134 del C. de Co (...)"* (Subrayas y negrilla fuera de texto).

También el art. 1568 del Código Civil Colombiano dispone:

> *"(...) En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito.*
>
> *Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum.*
>
> *La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley. (...)"* (subrayado fuera de texto).

Para terminar, se pone de presente que el artículo 1044 del Código de Comercio faculta a la aseguradora proponer al tercero beneficiario las excepciones y exclusiones que pudiere interponerle al asegurado o tomador del contrato de seguro, motivo por el cual puede alegar mí representada la ausencia de cobertura ante la falta de prueba de la ocurrencia y cuantía del siniestro y las exclusiones y demás condiciones que resultaren atribuibles al presente evento.

Por lo anterior, solicito declarar PROBADA la excepción de inexistencia de solidaridad entre las coaseguradoras.

### 3.8. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 C.Co., el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismos hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

### 3.9. PAGO POR REEMBOLSO

En el remoto caso de encontrar responsable al asegurado y de llegar a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no

por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

### 3.10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley o del contrato de seguro utilizado para accionar en contra de mi representada, incluida la de prescripción derivada de las acciones del contrato de seguro (1081 C.Co), conforme a la Ley.

## IV. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL DEMANDANTE

### 1. OPOSICION DEL DECRETO DE PRUEBAS

Frente a las solicitudes probatorias del acápite “7.2.5. Solicitud de prueba documental”:

> *“Con base en el artículo 173 del CGP, de la manera más atenta y respetuosa, solicito al Despacho se decrete como prueba documental los registros civiles de nacimiento de los señores Francisco Palacio Espinosa (q.e.p.d.) y Rosalba Palacios de Trujillo, lo anterior, teniendo en cuenta que los documentos antes mencionados ya fueron requeridos a las Notarías Primera y Segunda de Neiva, Huila, y no han sido aportados, razón por cual, se insiste al Honorable Despacho que en caso de no darse respuesta por parte de esas entidades, se sirva oficiar nuevamente a fin de obtener los documentos requeridos.”*

**ME OPONGO**, toda vez que, la parte actora no cumplió con la carga que le impone el artículo 173 del Código General del Proceso, aplicable a la Jurisdicción contenciosa Administrativa por remisión expresa del artículo 306 del CPACA., el cual dispone que “***El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente.”.***

Sin embargo, como se puede observar en los anexos de la demanda, la parte actora no aportó prueba, siquiera sumaria, de haber solicitado dichos documentales, de manera directa o por medio de derecho de petición ante las entidades demandadas. Así las cosas, como la parte solicitante no cumplió esta carga en la oportunidad correspondiente, las pruebas solicitadas no pueden ser decretadas por el juez.

## V. MEDIOS DE PRUEBA

### 1. DOCUMENTALES

Respetuosamente solicito se tengan como tales las que obran en el proceso, y especialmente:

- Copia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 720-88-994000000004 (Anexos 0, 1, 2 y 3) expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. (Carátula, Condicionado Particular y General).
- Copia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000022 (anexos 0, 1, 2, 3, 4, y 5) expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. (Carátula, Condicionado Particular y General).

**2. INTERROGATORIO DE PARTE DE LOS DEMANDANTES**

Solicito respetuosamente se sirva citar a la audiencia de pruebas o la oportunidad procesal correspondiente a los demandantes.

Lo anterior con la intención de responder a las preguntas que formularé en sobre cerrado o verbalmente en la misma diligencia, correspondiente a la aclaración de las situaciones de hecho que motivó la presente demanda, los cuales podrán ser citados en la dirección y/o correo que señaló el apoderado judicial de los mismos.

**3. TESTIMONIALES**

De manera comedida, solicito al despacho decretar las siguientes pruebas testimoniales:

- **TESTIMONIO DEL MEDICO CARVAJAL VELASQUEZ SOFIA** identificada con registro No. 29662565, a quien se la podrá notificar a través de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, ubicado en la carrera 29 No. 39-51 de Palmira. Email notificacionesjudicialeshrob@hrob.gov.co; o a través del suscrito Apoderado.

El objeto del testimonio es demostrar que las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, desde el día 07 de febrero de 2021, se ajustaron a todos los protocolos institucionales y de la lex artis, y conocer para efectos probatorios los detalles de las atenciones brindadas durante el servicio de urgencias, de las valoraciones y exámenes ordenados y diagnóstico, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en defensa de los intereses de la E.S.E., pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad atribuida, como también demostrar la inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**.

- **TESTIMONIO DEL MEDICO BENAVIDES DIAZ ROSA YAMILE** identificada con registro No. 29683505, a quien se la podrá notificar a través de la **E.S.E. HOSPITAL**

**RAÚL OREJUELA BUENO**, ubicado en la carrera 29 No. 39-51 de Palmira. Email notificacionesjudicialeshrob@hrob.gov.co; o a través del suscrito Apoderado.

El objeto del testimonio es demostrar que las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, desde el día 07 de febrero de 2021, se ajustaron a todos los protocolos institucionales y de la lex artis, y conocer para efectos probatorios los detalles de las atenciones brindadas durante el servicio de urgencias, de las valoraciones y exámenes ordenados y diagnóstico, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en defensa de los intereses de la E.S.E., pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad atribuida, como también demostrar la inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**

- **TESTIMONIO DEL MEDICO MOORE LUIS EDUARDO** identificado con registro No. 10521924, a quien se la podrá notificar a través de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, ubicado en la carrera 29 No. 39-51 de Palmira. Email notificacionesjudicialeshrob@hrob.gov.co; o a través del suscrito Apoderado.

El objeto del testimonio es demostrar que las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, desde el día 07 de febrero de 2021, se ajustaron a todos los protocolos institucionales y de la lex artis, y conocer para efectos probatorios los detalles de las atenciones brindadas durante el servicio de urgencias, de las valoraciones y exámenes ordenados y diagnóstico, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en defensa de los intereses de la E.S.E., pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad atribuida, como también demostrar la inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**

- **TESTIMONIO DEL MEDICO ROMERO ORTIZ JUSTY** identificado con registro No. 8633520, a quien se la podrá notificar a través de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, ubicado en la carrera 29 No. 39-51 de Palmira. Email notificacionesjudicialeshrob@hrob.gov.co; o a través del suscrito Apoderado.

El objeto del testimonio es demostrar que las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, desde el día 07 de febrero de 2021, se ajustaron a todos los protocolos institucionales y de la lex artis, y conocer para efectos probatorios los detalles de las atenciones brindadas durante el servicio de urgencias, de las valoraciones y exámenes ordenados y diagnóstico, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en defensa de los intereses de la E.S.E., pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad atribuida, como también demostrar la

inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**

- **TESTIMONIO DEL MEDICO ARBELAEZ PEDRO LEON** identificado con registro No. 14870588, a quien se la podrá notificar a través de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, ubicado en la carrera 29 No. 39-51 de Palmira. Email notificacionesjudicialeshrob@hrob.gov.co; o a través del suscrito Apoderado.

El objeto del testimonio es demostrar que las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**, desde el día 07 de febrero de 2021, se ajustaron a todos los protocolos institucionales y de la lex artis, y conocer para efectos probatorios los detalles de las atenciones brindadas durante el servicio de urgencias, de las valoraciones y exámenes ordenados y diagnóstico, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en defensa de los intereses de la E.S.E., pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad atribuida, como también demostrar la inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO**

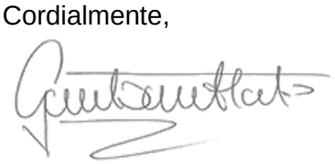
## VI. ANEXOS

1. Poder Especial otorgado por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.
2. Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.
3. Cédula de Ciudadanía del suscrito apoderado.
4. Tarjeta Profesional del suscrito apoderado.
5. Los documentos referenciados en el acápite de pruebas.

## VII. NOTIFICACIONES

El suscrito y mi representada en la secretaria de su despacho, en la Avenida 6ABis No.35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali y a los correos electrónicos notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**7250084899**

## PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA** COD. AGE: 720 RAMO: 88 PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | VIGENCIA DESDE | | | | VIGENCIA HASTA | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS | DIA | MES | AÑO |
| 23 | 02 | 2016 | | 28 | 02 | 2016 | 23:59 | 28 | 02 | 2017 | 23:59 | 366 | 13 | 01 | 2023 |
| | | | | A LAS | | | | A LAS | | | | | | | |

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

| VIGENCIA DEL ANEXO | VIGENCIA DESDE | | | | VIGENCIA HASTA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
| | 28 | 02 | 2016 | 23:59 | 28 | 02 | 2017 | 23:59 | 366 |
| | A LAS | | | | A LAS | | | | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: PALMIRA, VALLE TELÉFONO: 6022856161

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: **PALMIRA, VALLE** TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51 0

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 225,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES GENERALES TEXTO SOLIDARIA 10112010-1502-75-RC-36.

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

Límite Geográfico: República de Colombia

MODALIDAD DE LA PÓLIZA

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ *1,500,000,000.00 | $ *******52,493,274 | $****21,726.00 | $ ****8,402,400 | $ *******60,917,400 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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)000000000007000725008489

**FIRMA TOMADOR**

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

C9DA25780F07F87656 CLIENTE MAURGARCIA720 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: PALMIRA COD. AGENCIA: 720 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DE CLINICAS,
Y CENTROS MEDICOS, COBERTURA BASE CLAIMS MADE.
"Claims made": Cubre las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante la vigencia del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

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

RIESGO CUBIERTO
Responsabilidad civil institucional:
Transporte en ambulancia
Responsabilidad civil del director médico:
Uso de equipos de diagnostico o de terapéutica:
Suministro de medicamentos
Sublimite del 20% para cubrir Daños morales, daños la vida en relación y lucro cesante, siempre que el daño moral derive de un daño físico y previo fallo judicial.
Sublimite del 15% para cubrir Gastos de defensa haciendo parte del agregado anual y no en adición a éste.

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS
Cobertura para los siguientes equipos
Equipos de radiografía con fines de diagnostico
Equipo de Rayos X
Equipos de Topografías por ordenador (scanner)
Equipos de radiación por Isotopos
Equipos de Generación de Rayos Laser
Equipos de medicina nuclear incluyendo las materias radioactivas necesarias para su funcionamiento.

Para la aceptación de estos riesgos especiales es necesario:
-La descripción e identificación del equipo en la solicitud de seguro.
-La obligación del asegurado de mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes.
-La obligación del asegurado de ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.

LÍMITE ASEGURADO
Col$ 1.500.000.000,oo por Evento / Agregado Vigencia.
Límite para cada y toda ocurrencia o serie de ocurrencias originadas por una misma causa y en el agregado anual, por todo concepto de indemnizaciones.

Sublimites gastos de defensa:
Gastos de defensa hasta el 15% del Límite Asegurado.
Los Gastos de Defensa en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza serán cubiertos dentro del Límite de Asegurado y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite Asegurado en la póliza.

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

El Asegurador solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas del Colegio de Abogados de la respectiva ciudad.
Este amparo opera por reembolso y es independiente de los demás otorgados por este seguro y, por consiguiente, ninguna indemnización puede ser interpretada como aceptación tácita de responsabilidad de la aseguradora.
Se encuentran incluidas en la cobertura las conciliaciones y transacciones que celebre el Asegurado que tengan por objeto concluir las denuncias o demandas formuladas en su contra, las que deberán contar previamente con la conformidad del Asegurador. Estas conciliaciones y transacciones podrán hacerse dentro del juicio o fuera de él, es decir judicial o extrajudicialmente.

LIMITE DE TERRITORIO
Este seguro será gobernado e interpretado de conformidad con las leyes vigentes en la República de Colombia. Todas las partes acuerdan y aceptan el someterse a la jurisdicción y leyes en la República de Colombia.

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

Gastos de defensa; Sin deducible.

El Deducible aplicará solo una vez en caso de que el mismo reclamo afectar varias coberturas.

CLIENTE

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

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

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

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

"Actos médicos" realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico-experimental haya sido consignada fiel y claramente en el Consentimiento Informado realizado con el "paciente" y avalado con la firma de éste.
"Asegurado contra Asegurado.
"Contaminación del medio ambiente que no sea consecuencia directa de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.
"Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
"Daños por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, excepto cuando el sexo del paciente haya sido determinado incorrectamente al momento del nacimiento, por una enfermedad genética o por un defecto anatómico. En caso de requerirse una autorización judicial, esta será una condición previa a la realización del procedimiento.
"Daños genéticos, excepto en el caso que se determine que ellos han sido causados por un factor heredado y/i iatrogénico, descubiertos en el momento o un tiempo después del nacimiento, y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta el nacimiento, incluyendo el parto.
"La provocación intencional del daño (dolo) y/o culpa grave en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
"Actos de guerra internacional, guerra civil, rebelión, insurrección, sedición, motín, confiscación, guerrilla, terrorismo, huelga, lock out, tumulto popular, conmoción civil, vandalismo, malevolencia popular y sucesos de naturaleza similar.
"Reclamaciones derivadas de condenas de tutela o acciones similares en donde no se haya ventilado y establecido la responsabilidad del Asegurado.
"Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
"Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso o embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
"Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
"Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
"Reclamaciones por daños generados directa o indirectamente por contaminación de sangre cuando el Asegurado no hubiese cumplido con todas las normas y requisitos reconocidos y aceptados nacional e internacionalmente para la disposición y manejo de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
"Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.
"Reclamaciones por incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del Asegurado.
"Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
"Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
"Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
"Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tal como la RC General, RC Patronal, RC de Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no médicos (E&O), Servidores Públicos, RC de Automotores, etc.
"Reclamaciones por toda responsabilidad Civil y/o Penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención médica a una persona cuando tal decisión se base en su incapacidad para sufragar los costos de atención médica.
"Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas/formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
"Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
"Responsabilidad Civil Productos, propia e inherente a los fabricantes de los mismos.
"Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta
Cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de gastos de defensa, derivadas de:

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

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**TEXTO ITEM 1**

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

CONDICIONES ESPECIALES

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

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

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

(a) Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.
(b) Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman para de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

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

CONDICIONES ADICIONALES:

"Revocación de póliza con aviso de 30 días.

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

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

RELACION DE PERSONAL
Número de profesionales 240 (223 por prestación de servicios y 17 de planta) discriminados así:
137 - Auxiliares de enfermería
29 - Médicos generales
14 - Auxiliares de la salud
13 - Enfermeros Jefes
12 - Odontólogos
12 - Auxiliares de odontología
9 - Bacteriólogos
6 - Instrumentadores de cirugía
4 - Camilleros
3 - Técnicos rayos X
1 - Residente de farmacia

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

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

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**TEXTO ITEM 1**

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**7250084899**

## PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA** COD. AGE: 720 RAMO: 88 PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | VIGENCIA DESDE | | | | VIGENCIA HASTA | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS | DIA | MES | AÑO |
| 22 | 02 | 2017 | | 28 | 02 | 2017 | 23:59 | 28 | 02 | 2018 | 23:59 | 365 | 13 | 01 | 2023 |
| | | | | | | | A LAS | | | | A LAS | | | | |

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

| VIGENCIA DEL ANEXO | VIGENCIA DESDE | | | | VIGENCIA HASTA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
| | 28 | 02 | 2017 | 23:59 | 28 | 02 | 2018 | 23:59 | 365 |
| | | | | A LAS | | | | A LAS | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: PALMIRA, VALLE TELÉFONO: 6022856161

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: **PALMIRA, VALLE** TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51 0

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 225,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

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

Límite Geográfico: República de Colombia

COBERTURAS
Responsabilidad civil profesional médica
R c profesional médica durante transporte en ambulancia
Responsabilidad civil general

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

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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)000000000007000725008489

**FIRMA TOMADOR**

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

C9DA25780E0CF4795A CLIENTE MAURGARCIA720 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: PALMIRA COD. AGENCIA: 720 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

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

AMPAROS ADICIONALES
Honorarios de defensa:Sublimite del 15% del Básico. Por proceso $25.000.000. Sin deducible.
Costos para la constitución de cauciones: Sublimite del 10% del Básico. Sin deducible.
Costas del proceso:Sublimite del básico.
Extensión período de reclamaciones/RC Prof Medica / Gastos Defensa:12 meses, con cobro del 100% de la prima anual.
RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas:Sublmite de 50% del Básico.
Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales:Sublimite de 30% de Básico.

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

EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA" Y 1.3.1 "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO" SEGÚN CLAUSULADO GENERAL.
El presente amparo otorga a las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período 24 meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

1. CLAUSULAS ADICIONALES
1.1. Aviso de siniestro 30 días
1.2. Revocación de la póliza, con término de treinta (30) días.
1.3. Cláusula de no renovación tácita o automática.
1.4. Pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia.
1.5. No habrá restitución de la suma asegurada por pago de siniestro.
1.6. Todos los amparos y anexos hacen parte del límite agregado anual de responsabilidad y no son en adición a este.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES, sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:
o Asegurado contra Asegurado.
o Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso o embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
o Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o súper-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
o Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
o Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.
o Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
o Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC de Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no médicos (E&O), Servidores Públicos, RC de Automotores, etc.
o Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas/formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Esquitar en Colombia.
o Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
o Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta
o Cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de gastos de defensa, derivadas de:
a. Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
b. Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS
La Empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

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

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

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA COD. AGENCIA: 720 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**TEXTO ITEM 1**

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**7250084899**

## PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA** COD. AGE: 720 RAMO: 88 PAP:

| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 02 | 2018 | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | 28 | 02 | 2018 | 23:59 | | 28 | 02 | 2019 | 23:59 | 365 | 13 | 01 | 2023 |
| 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 RENOVACION

| | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA DEL ANEXO | 28 | 02 | 2018 | 23:59 | | 28 | 02 | 2019 | 23:59 | 365 |
| | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: PALMIRA, VALLE TELÉFONO: 6022856161

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: **PALMIRA, VALLE** TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51 0

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 225,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

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

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

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

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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)000000000007000725008489

**FIRMA TOMADOR**

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

C9DA25780E06FF7D5D

CLIENTE

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**TEXTO ITEM 1**

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

DEDUCIBLES:
"Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
"Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
"Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo $5.000.000.

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

AMPAROS ADICIONALES:
Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.
"Gastos de Defensa: Sublímite del 15% del valor asegurado de la póliza, en el agregado vigencia, distribuido, así;
Por proceso; $25.000.000 / por Evento $50.000.000.
"Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: Sublímite de $100.000.000 por evento/ vigencia.
"Costas del proceso según fallo judicial: Según texto clausulado general Aseguradora Solidaria.
"Gastos Médicos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
"Amparo de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:
a)Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.
b)Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes
c)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.
Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 30% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublimite se incluye el lucro cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
"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.
"No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
"Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
"Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
"Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
"Cláusula de no renovación tácita o automática.
"Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:
"Asegurado contra Asegurado.
"Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
"Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
"Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
"Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.
"Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
"Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
"Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de 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.
"Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado estético final.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:
"Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
"Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
"Jurisdicción y Legislación Aplicable: Colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía, da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.
"Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.
"Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio. En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesia, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos.
"Mantener protocolos quirúrgicos y anestésicos, partograma, registros de monitoreo cardiológico intraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia clínica o anexos a ella de tal forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.
"Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto médico previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado deberá también estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.
"Mantener los equipos de diagnóstico o terapéutica en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la práctica médica e instrucciones del fabricante para su uso.
"Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algún tratamiento o examen o servicio médico.

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

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

CLIENTE

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**TEXTO ITEM 1**

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

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**7250084899**

## PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA** COD. AGE: 720 RAMO: 88 PAP:

| | DIA | MES | AÑO | HORAS |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE EXPEDICIÓN | 02 | 03 | 2018 | |
| VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE | 28 | 02 | 2018 | 23:59 |
| VIGENCIA HASTA | 28 | 02 | 2019 | 23:59 |

DIAS: 365

FECHA DE IMPRESIÓN: 13 / 01 / 2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

| VIGENCIA DEL ANEXO | DIA | MES | AÑO | HORAS |
|---|---|---|---|---|
| DESDE | 28 | 02 | 2018 | 23:59 |
| HASTA | 28 | 02 | 2019 | 23:59 |

DIAS: 365

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51
CIUDAD: PALMIRA, VALLE
TELÉFONO: 6022856161

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**
DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51
CIUDAD: **PALMIRA, VALLE**
TELÉFONO: 6022856161
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**
IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51 0

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 225,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

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

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

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

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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)000000000007000725008489

**FIRMA TOMADOR**

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

C9DA25780E06F9775F

CLIENTE

EALARCON 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: PALMIRA COD. AGENCIA: 720 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**TEXTO ITEM 1**

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

CLIENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.395.114**

**HERRERA AVILA**

APELLIDOS

**GUSTAVO ALBERTO**

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAR-1960**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.78** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**06-OCT-1978 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100100-00252282-M-0019395114-20100825 0023575747A 1 34475431

304816

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

# TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

39116-D2
Tarjeta No.

26/08/1986
Fecha de Expedicion

16/06/1986
Fecha de Grado

GUSTAVO ALBERTO
HERRERA AVILA

19395114
Cedula

VALLE
Consejo Seccional

MILITAR NUEVA GRANAD
Universidad

Francisco Escobar Henriquez
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971 Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**4207358179**

## PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000022 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE** COD. AGE: 420 RAMO: 88 PAP:

| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 03 | 2019 | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | 28 | 02 | 2019 | 23:59 | | 28 | 02 | 2020 | 23:59 | 365 | 30 | 07 | 2024 |
| 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 EXPEDICION

| | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA DEL ANEXO | 28 | 02 | 2019 | 23:59 | | 28 | 02 | 2020 | 23:59 | 365 |
| | VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: PALMIRA, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 6022856161

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 45,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

.

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

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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)000000000007000420735817

**FIRMA TOMADOR**

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

JUCASTILLO 0

CADA207F0C0AF47F58

CLIENTE

**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 7919180
**Fax: (**601) 7919180 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
**Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

RENOVACION

VIENE DE LA POLIZA RC CLINICAS 994/004

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:
Según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI v.2.

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 durante el periodo del seguro, y ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales derivados de alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza, límites y sublimites en adelante indicados.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:
El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 28 de febrero de 2015. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad 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 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.
" Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza, distribuido, así:
 - Por Proceso de Cop $15.000.000
 - Por Evento de Cop $45.000.000

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de Cop $ 10.000.000 por evento y vigencia.

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

DEDUCIBLES:
" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
" Demás Eventos: 10 % del valor de la pérdida, mínimo Cop $5.000.000.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

CLIENTE

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE  COD. AGENCIA: 420  RAMO: 88  No PÓLIZA: **994000000022**  ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**  IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

" 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 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 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

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

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

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

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 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.
" Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
" Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado estético final.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:
" Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
" Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

ANEXO No. 1 - CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PARA ALCANCE DE LA COBERTURA
RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

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

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE | COD. AGENCIA: 420 | RAMO: 88 | No PÓLIZA: **994000000022** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** | IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

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

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

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS

Somos la Décimo Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2022

Somos a Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**4207358179**

## PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000022 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE** COD. AGE: 420 RAMO: 88 PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DESDE | | | | A LAS | VIGENCIA HASTA | | | | A LAS | DIAS | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | HORAS | | DIA | MES | AÑO | HORAS | | | DIA | MES | AÑO |
| 12 | 07 | 2019 | 28 | 02 | 2019 | 23:59 | | 28 | 02 | 2020 | 23:59 | | 365 | 30 | 07 | 2024 |

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

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 |
| 03 | 07 | 2019 | 23:59 | | 28 | 02 | 2020 | 23:59 | | 240 |
| VIGENCIA DESDE | | | A LAS | | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: PALMIRA, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 6022856161

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 45,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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)000000000007000420735817

**FIRMA TOMADOR**

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

CADA207F0B06F9785E

CLIENTE

NAGUIRRE 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

Compañía de Seguros

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 NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE:

BENEFICIARIO : SECCIONAL SANIDAD VALLE
Nit 805.022.186-6
POR VALOR $ 165.623.200
# DE CONTRATO 66-7-20114-2019

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES CONTINUAN SIN MODIFICAR.

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS

Somos la Décimo Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2022
Somos a Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**4207358179**

## PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000022 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE** COD. AGE: 420 RAMO: 88 PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN DIA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DIA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DIA | MES | AÑO | A LAS HORAS | DIAS | FECHA DE IMPRESIÓN DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 02 | 2020 | 28 | 02 | 2020 | 23:59 | 28 | 02 | 2021 | 23:59 | 366 | 30 | 07 | 2024 |

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

| VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DIA | MES | AÑO | A LAS HORAS | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 02 | 2020 | 23:59 | 28 | 02 | 2021 | 23:59 | 366 |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: PALMIRA, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 6022856161

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 45,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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)000000000007000420735817

**FIRMA TOMADOR**

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

CADA207F080AF87D5D

CLIENTE

LFARFAN 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

Compañía de Seguros

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 NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

RENOVACION

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:
Según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI v.2.

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 durante el periodo del seguro, y ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales derivados de alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza, límites y sublimites en adelante indicados.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:
El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 28 de febrero de 2015. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad 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 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.
" Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza, distribuido, así:
- Por Proceso de Cop $15.000.000
- Por Evento de Cop $45.000.000
" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de Cop $ 10.000.000 por evento y vigencia.
" Costas del proceso según fallo judicial: 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 30% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

DEDUCIBLES:
" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
" Demás Eventos: 10 % del valor de la pérdida, mínimo Cop $5.000.000.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
" 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 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 50% de la prima anual cobrada inicialmente.
" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

" Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
" Cláusula de no renovación tácita o automática.
" Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

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 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.
" Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
" Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado estético final.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:
" Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
" Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

ANEXO No. 1 - CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PARA ALCANCE DE LA COBERTURA
RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

o Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia
o Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44
o Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86
o Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45
o Puesto de Salud Matapalo Matapalo
o Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco
o Puesto de Salud La Torre La Torre
o Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca
o Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera
o Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva
o Puesto de Salud Tablones Tablones
o Puesto de Salud Juanchito Juanchito
o Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
o Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
o Centro de Salud Rozo Rozo
o Puesto de Salud Obando Obando
o Puesto de Salud - Amaime Amaime
o Puesto de Salud Barrancas Barrancas
o Puesto de Salud Boyacá Boyacá
o Puesto de Salud Combia Combia
o Puesto de Salud La Acequia La Acequia
o Puesto de Salud La Nevera La Nevera
o Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
o Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina

CLIENTE

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

o Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
o Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
o Puesto de Salud Tenjo Tenjo
o Puesto de Salud la Herradura La Herradura
o Puesto de Salud La Pampa La Pampa
o Puesto de Salud La Dolores La Dolores
o Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
o Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
o Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal
o Hospital Raul Orejuela Buebo Carrera 29 # 39-51 sede San Vicente
o CAB Comuna I Lote calle 57 carrera 44 y 45
o Puesto de salud Guayabal Kilometro 3 # 19-189

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.
" Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.
" Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio. En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesia, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos.
" Mantener protocolos quirúrgicos y anestésicos, partograma, registros de monitoreo cardiológico intraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia clínica o anexos a ella de tal forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.
" Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto médico previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado deberá también estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.
" Mantener los equipos de diagnóstico o terapéutica en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la práctica médica e instrucciones del fabricante para su uso.
" Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algún tratamiento o examen o servicio médico.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS

Compañía de Seguros

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**4207358179**

## PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000022 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE** COD. AGE: 420 RAMO: 88 PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DESDE | | | | VIGENCIA HASTA | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS | DIA | MES | AÑO |
| 23 | 02 | 2021 | 28 | 02 | 2021 | 23:59 | 28 | 02 | 2022 | 23:59 | 365 | 30 | 07 | 2024 |

VIGENCIA DE LA PÓLIZA — A LAS — A LAS — DIAS

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION

| VIGENCIA DEL ANEXO | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS | |
| 28 | 02 | 2021 | 23:59 | 28 | 02 | 2022 | 23:59 | 365 | |
| VIGENCIA DESDE | | | A LAS | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | | |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: PALMIRA, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 6022856161

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 45,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ *1,500,000,000.00 | $ *******58,500,000 | $****15,000.00 | $ ***11,117,850 | $ *******69,632,850 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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)000000000007000420735817

**FIRMA TOMADOR**

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

CADA20700E0BFF765A CLIENTE NAGUIRRE 0

**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 7919180
**Fax: (**601) 7919180 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
**Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

RENOVACION
VIGENCIA 2021-2022

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 21/08/2020-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 21/08/2020-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170

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 LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA EMITIDA POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (28 de febrero de 2015), 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 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 10% 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 $10.000.000 por evento / COP $10.000.000 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.
" 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.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

" 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) 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.
" 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 100% del valor asegurado de la póliza por evento / 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.
" 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.

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.

CLIENTE

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

" 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 pare 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.
" Riesgo y-o ataques cibernéticos.
" Esta póliza no cubre ningún daños y/o costos originados en, basados en o atribuibles a reclamaciones , generadas por o resultantes de, directa o indirectamente, total o parcialmente de transmisión de enfermedades y/o cualquier tipo de coronavirus (incluyendo pero no limitado a COVID-19), y/o cualquier virus o bacteria (incluyendo pero no limitado a: Ébola, bird flu, SARS, MERS, swine flu, etc.), y/o sus agentes patógenos y/o cualquier enfermedad de cualquier naturaleza que se considere epidémica y/o que se considere pandémica, o que haya sido declarada en cualquier forma ya sea por la Organización Mundial de la Salud y/o Gobierno de un País y/o cualquier otra entidad oficial o no como epidemia.

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.

ANEXO No. 1 - CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PARA ALCANCE DE LA COBERTURA
RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

o Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia
o Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44
o Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86
o Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45
o Puesto de Salud Matapalo Matapalo
o Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco
o Puesto de Salud La Torre La Torre
o Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca
o Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera
o Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva
o Puesto de Salud Tablones Tablones
o Puesto de Salud Juanchito Juanchito
o Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
o Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
o Centro de Salud Rozo Rozo
o Puesto de Salud Obando Obando
o Puesto de Salud - Amaime Amaime
o Puesto de Salud Barrancas Barrancas
o Puesto de Salud Boyacá Boyacá
o Puesto de Salud Combia Combia
o Puesto de Salud La Acequia La Acequia
o Puesto de Salud La Nevera La Nevera
o Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
o Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
o Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
o Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
o Puesto de Salud Tenjo Tenjo
o Puesto de Salud la Herradura La Herradura
o Puesto de Salud La Pampa La Pampa
o Puesto de Salud La Dolores La Dolores
o Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
o Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE | COD. AGENCIA: 420 | RAMO: 88 | No PÓLIZA: **994000000022** | ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** | IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

o Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal
o Hospital Raul Orejuela Buebo Carrera 29 # 39-51 sede San Vicente
o CAB Comuna I Lote calle 57 carrera 44 y 45
o Puesto de salud Guayabal Kilometro 3 # 19-189

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. 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: sin aplicación de deducible
" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, Cop $5.000.000.

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS

Somos la Décimo Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2021
Somos a Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**4207358179**

**PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000022** **ANEXO:4**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE** COD. AGE: 420 RAMO: 88 PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO) | VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / A LAS) | VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / A LAS / DIAS) | FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO) |
|---|---|---|---|
| 02 / 02 / 2022 | 02 / 02 / 2022 / 23:59 | 28 / 02 / 2022 / 23:59 / 26 | 30 / 07 / 2024 |

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION

| VIGENCIA DEL ANEXO | DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS) | A LAS (DIA / MES / AÑO / HORAS / DIAS) |
|---|---|---|
| | 28 / 02 / 2021 / 23:59 | 28 / 02 / 2022 / 23:59 / 365 |

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: PALMIRA, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 6022856161

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 45,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS,DERIVADA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MODALIDAD POR EVENTO No. E-002-2021, SUSCRITO ENTRE U.T. ERON SALUD UNION TEMPORAL Y HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E. - PALMIRA HASTA POR LA SUMA DE 200 SMMLV.

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.

BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS

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

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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)000000000007000420735817

**FIRMA TOMADOR**

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

CADA20700A0DFB7F57 CLIENTE NAGUIRRE 0

**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 7919180
**Fax:** (601) 7919180 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
**Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

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 NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**TEXTO ITEM 1**

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES CONTINUAN SIN MODIFICAR.

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**4207358179**

## PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000022 ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE** COD. AGE: 420 RAMO: 88 PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DESDE | | | | VIGENCIA HASTA | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS | DIA | MES | AÑO |
| 03 | 03 | 2022 | 28 | 02 | 2022 | 23:59 | 30 | 03 | 2022 | 23:59 | 30 | 30 | 07 | 2024 |

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO PRORROGA

| VIGENCIA DEL ANEXO | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS | |
| 28 | 02 | 2022 | 23:59 | 30 | 03 | 2022 | 23:59 | 30 | |
| VIGENCIA DESDE | | | A LAS | VIGENCIA HASTA | | | A LAS | | |

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: PALMIRA, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 6022856161

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: CRA 29 NO. 39 - 51 CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: 6022856161

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: PALMIRA

DIRECCION: CARRERA 29 No. 39-51

ACTIVIDAD: HOSPITAL

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | $ 1,500,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | 1,500,000,000.00 | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 1,500,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 150,000,000.00 | 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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ *1,500,000,000.00 | $ ********9,361,250 | $****15,000.00 | $ ****1,781,488 | $ *******11,157,738 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA | 4796 | 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** **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)000000000007000420735817

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

CADA20700A09FD7F5C CLIENTE JUCASTILLO 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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 7919180
**Fax: (**601) 7919180 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
**Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y DE ACUERDO AL CDP No. 00-2022-CDP-74 SE PROCEDE CON LA PRÓRROGA POR 30 DÍAS DE ACUERDO A CONDICIONES AUTORIZADAS.

==========

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS:

RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

o Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia
o Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44
o Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86
o Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45
o Puesto de Salud Matapalo Matapalo
o Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco
o Puesto de Salud La Torre La Torre
o Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca
o Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera
o Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva
o Puesto de Salud Tablones Tablones
o Puesto de Salud Juanchito Juanchito
o Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
o Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
o Centro de Salud Rozo Rozo
o Puesto de Salud Obando Obando
o Puesto de Salud - Amaime Amaime
o Puesto de Salud Barrancas Barrancas
o Puesto de Salud Boyacá Boyacá
o Puesto de Salud Combia Combia
o Puesto de Salud La Acequia La Acequia
o Puesto de Salud La Nevera La Nevera
o Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
o Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
o Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
o Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
o Puesto de Salud Tenjo Tenjo
o Puesto de Salud la Herradura La Herradura
o Puesto de Salud La Pampa La Pampa
o Puesto de Salud La Dolores La Dolores
o Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
o Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
o Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal
o Hospital Raúl Orejuela Buebo Carrera 29 # 39-51 sede San Vicente
o CAB Comuna I Lote calle 57 carrera 44 y 45
o Puesto de salud Guayabal Kilometro 3 # 19-189

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 97

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.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE  COD. AGENCIA: 420  RAMO: 88  No PÓLIZA: **994000000022**  ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**  IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de 28 febrero de 2015, 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 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 10% 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 $5.000.000 por evento / COP $10.000.000 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.
" 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 100% 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) 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.
" 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.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE | COD. AGENCIA: 420 | RAMO: 88 | No PÓLIZA: **994000000022** | ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** | IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / 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.
" 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.

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 pare 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.

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.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

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).

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:

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE COD. AGENCIA: 420 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

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 Articulo 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: sin aplicación de deducible
" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo $15.000.000

CLIENTE

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

## INTRODUCCIÓN

DE CONFORMIDAD CON LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, EN ADELANTE EL ASEGURADO, CUYA VERACIDAD CONSTITUYE CAUSA DETERMINANTE PARA LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO; Y DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO TAMBIÉN EN SUS CLÁUSULAS ADICIONALES, ESPECIALES Y ENDOSOS QUE LE SEAN APLICABLES Y, EN LO NO DISPUESTO EN ELLAS, A LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA; **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA,** EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPAÑÍA, CONVIENE EN AMPARAR AL ASEGURADO CONTRA LOS RIESGOS QUE SON OBJETO DE COBERTURA EN LA MISMA, CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SIGUIENTES:

## ARTÍCULO 1° - OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

SUJETO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SEÑALADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE NOMINAL DE SUMA ASEGURADA PARA CADA COBERTURA Y BAJO LA MODALIDAD DE DELIMITACIÓN TEMPORAL DE COBERTURA DENOMINADA POR RECLAMACIÓN CON ARREGLO A LO CONSIGNADO EN EL PRIMER INCISO DEL ARTICULO 4° DE LA LEY 389 DE 1997; LAS PÉRDIDAS ORIGINADAS EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA QUE LE SEAN IMPUTABLES DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, PROVENIENTES EN FORMA DIRECTA DE ALGUNO DE LOS RIESGOS CUBIERTOS BAJO LAS SECCIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN, SIEMPRE QUE SU ORIGEN, CAUSA Y/O EXTENSIÓN NO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN ESTA PÓLIZA:

**SECCIÓN I - AMPARO BÁSICO - RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**
**SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES**

## ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

1. SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

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

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

4. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

5. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTE EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN

7. 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.

8. INCUMPLIMIENTO O VIOLACIÓN AL DEBER DEL PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

9. INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.

10. SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

11. 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, INCLUYENDO 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.

12. 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.

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.

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 7 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 EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

15. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, “BY-PASS” INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.

16. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA

NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

**17.** LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

**18.** TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD A LOS PACIENTES, DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR. 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.

**19.** PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS DEL ASEGURADO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PERDIDA DE UTILIDADES, PERDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR LA PÓLIZA.

**20.** DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.

**21.** FALLOS DE TUTELA.

**22.** FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

**23.** FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA, ASÍ COMO AL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

**24.** RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.

**25.** ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, INCLUIDOS LOS DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL.

**26.** 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.

**27.** RESPONSABILIDAD PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO

SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

**28.** HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.

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

**30.** 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 HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.

**31.** DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA, TENENCIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.

**32.** RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.

**33.** LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.

**34.** FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.

**35.** MULTAS Y PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.

**36.** ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.

**37.** OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y SEA O NO CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY.

**38.** 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 NUMERAL 1.3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA.

**39.** DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

**40.** DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

**41.** LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.

**42.** TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

**43.** 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 DELA 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.

**44.** CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.

**45.** USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

**46.** CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

**47.** 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.

**48.** 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, AUN 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.

**49.** 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.

**50.** CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.

**51.** DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

**52.** QUE EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

**53.** CONTROVERSIAS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL

ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

**54.** LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

**55.** SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.

**56.** ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SALVO QUE CONSTE ACUERDO EXPRESO EN CONTRARIO.

**57.** PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

## ARTÍCULO 3° - ALCANCE DE LA COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA

CADA UNA DE LAS SECCIONES SEÑALADAS A CONTINUACIÓN DESCRIBE LOS ALCANCES DE LA COBERTURA QUE SE OTORGA, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

### SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO

### 1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

**1.1** LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS 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.

**1.2** LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS 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.

## 2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

**2.1.** LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE 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, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

**2.2.** LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE 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, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA 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 A LOS QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA Y, ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

**2.3.** LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A UNA RECETA MÉDICA, ELLA CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS , HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE LOS MEDICAMENTOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y OCASIONEN LESIONES CORPORALES; SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

**2.4.** LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA 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 , LOS HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y OCASIONEN LESIONES CORPORALES; SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

## 3. GASTOS DE DEFENSA

LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR LA COMPAÑÍA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN TACITA DE COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

### 3.1. HONORARIOS DE DEFENSA

HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

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 LA COMPAÑÍA.

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, O 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.

PARA QUE OPERE ESTA COBERTURA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A LA COMPAÑÍA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, TALES COMO PERO NO LIMITADAS A LAS SIGUIENTES:

**3.1.1.** COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO CON EL ABOGADO.

**3.1.2.** CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.

**3.1.3.** CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS CON PRESENCIA DEL ABOGADO.

**3.2.** COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCER DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA NO ESTÁ OBLIGADA A OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE, 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.

**3.3.** COSTAS DEL PROCESO

AUN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR EL ASEGURADO CUANDO LA SENTENCIA DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA RESULTE DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE LA COMPAÑÍA. LO ANTERIOR SALVO QUE LA CAUSAL DE RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA, PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADICIENDO ORDEN EXPRESA DE LA COMPAÑÍA.

SI EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EXCEDE EL LÍMITE ASEGURADO, LA COMPAÑÍA SÓLO RESPONDERÁ POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

## SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES

MEDIANTE ACUERDO EXPRESO ENTRE LAS PARTES Y SUJETO A QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA PRIMA ADICIONAL ACORDADA, ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR:

### 1. PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES

LA PRESENTE COBERTURA DARÁ DERECHO AL ASEGURADO, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, DE EXTENDER LA COBERTURA HASTA POR UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS, PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O FORMULEN CONTRA EL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ, CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO LOS PRESTADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA.

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 REINSTALAMENTO DEL LÍMITE ASEGURADO.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA IMPLICA LA CONDICIÓN PREVIA QUE SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, Y SE PAGUE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO.
SIN EMBARGO, ESTA EXTENSIÓN NO PROCEDERÁ EN NINGÚN CASO CUANDO LA PÓLIZA HAYA TERMINADO AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA GARANTÍA A CARGO DEL ASEGURADO, O POR MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, LA COMPAÑÍA:

**1.1.** NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.

**1.2.** NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.

**1.3.** 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 QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA 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, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

**2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA CAUSADA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS.**

CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE CONTEMPLA LA PÓLIZA, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INSTITUCIONAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES COMETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA, 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., Y QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PALIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, 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.

**3. POSESIÓN Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALES**

NO OBSTANTE, LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES, MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA 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:

**3.1.** EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO

**3.1.1.**EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA.
**3.1.2.**EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER).
**3.1.3.**EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA.
**3.1.4.**EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER.

**3.2.** EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIACTIVAS 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 OTORGUE ESTA COBERTURA ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

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

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

**4. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.**
CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL PERJUICIO PATRIMONIAL QUE EL ASEGURADO DEBA INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEA DECLARADO RESPONSABLE, ORIGINADA EN LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL CONFORME A FORMULA 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.

EN ESTE CASO LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ESTOS SEAN LOS CAUSANTES DEL DAÑO QUE ESTÉN MEDIANTE RELACIÓN CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

5. **RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS**

CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTA COBERTURA 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 NUMERAL 3 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE Y NO ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2.2 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, 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 LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD INDIRECTA 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.

**6. AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS**

CON SUJECIÓN 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.

**7. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES**

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL ASEGURADO, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN CORPORAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PRESENTE PALIZA.

**ARTÍCULO 4° - 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 LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA 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 LA COMPAÑÍA 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.

**ARTÍCULO 5° - RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA**

**A. LÍMITE POR EVENTO**

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ES EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA DERIVADA DE UN MISMO SINIESTRO, EN RELACIÓN CON TODOS LOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES AMPARADOS POR LA PÓLIZA.

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 POR EVENTO.

DICHAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARÁN PRESENTADAS POR PRIMERA VEZ EN LA FECHA EN QUE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES HAYA SIDO PRESENTADA SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA. EN TODO CASO, EL CONJUNTO DE RECLAMACIONES NO ESTARÁ CUBIERTO SI ES ANTERIOR A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA.

ASÍ MISMO, LA SERIE DE ACTOS MÉDICOS QUE SON O ESTÁN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA, SITUACIÓN O EVENTO, SE CONSIDERARÁN UN MISMO ACTO, Y CONSTITUIRÁN UN SOLO DAÑO Y/O GASTOS LEGALES, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE RECLAMANTES Y/O RECLAMACIONES FORMULADAS. LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR DICHOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES, NO EXCEDERÁ EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

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

CUANDO EN UNA CLÁUSULA O AMPARO ADICIONAL SE ESTIPULE UN SUBLÍMITE POR PERSONA O POR EVENTO O POR VIGENCIA, TAL SUBLÍMITE SERÁ EL LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN QUE SE LE APLIQUE A DICHA COBERTURA, EL CUAL HARÁ PARTE DE LA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA.

**B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA**

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, COSTAS, GASTOS, INTERESES Y HONORARIOS DERIVADOS DE TODOS LOS RECLAMOS A CONSECUENCIA DE DISTINTOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES Y/O EVENTOS, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; NO EXCEDERÁ DEL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO 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, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA, EN NINGÚN CASO, A PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA UNA VEZ ÉSTE HAYA SIDO AGOTADO. NO HABRÁ RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.

**ARTÍCULO 6° - LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA**

**A.** PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES DESCRITO EN LA NUMERAL 1 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° 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 LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDAS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

**ARTÍCULO 7° - BASES PARA EL CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN**

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA, EL IMPORTE BASE DE LA INDEMNIZACIÓN BAJO LOS ALCANCES DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA CORRESPONDERÁ A:

**A.** LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO HAYA EFECTIVAMENTE PAGADO A TERCEROS EN VIRTUD DE UNA SENTENCIA JUDICIAL EJECUTORIADA O DE UNA TRANSACCIÓN EXPRESAMENTE AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.

**B.** EL MONTO PAGADO POR CONCEPTO DE COSTAS Y GASTOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES A QUE FUERA SENTENCIADO EL ASEGURADO EN EL MISMO JUICIO MENCIONADO EN EL LITERAL ANTERIOR.

**C.** LOS HONORARIOS Y GASTOS PAGADOS POR EL ASEGURADO A LOS ABOGADOS QUE HUBIEREN PARTICIPADO EN SU DEFENSA JUDICIAL, EN LA MEDIDA QUE LA COMPAÑÍA HAYA APROBADO LA DESIGNACIÓN DE LOS ABOGADOS Y LAS CONDICIONES DE SU CONTRATACIÓN.

**D.** LOS PAGOS EFECTIVAMENTE REALIZADOS, A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, U OTROS, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA.

EL IMPORTE RESULTANTE DE LA SUMATORIA DE A, B, C Y D, INCLUYENDO LOS INTERESES LEGALES QUE CORRESPONDAN, MÁS LOS GASTOS PAGADOS DIRECTAMENTE POR LA COMPAÑÍA A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, ABOGADOS, ASESORES, U OTROS, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. CUALQUIER EXCESO SERÁ DE CARGO DEL ASEGURADO.

**ARTÍCULO 8° - DEDUCIBLE**

LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN 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.

**ARTÍCULO 9° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O DE TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN:**

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

**1.** DAR NOTICIA A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, LA RECLAMACIÓN O LA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.

**2.** ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA.

**3.** ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE LA COMPAÑÍA, Y MANTENER A LA COMPAÑÍA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS, ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.

**4.** SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN RELATIVA A:

**4.1.** LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO POR LAS CUALES EL ASEGURADO TUVO CONOCIMIENTO POR PRIMERA VEZ DE LA POSIBLE RECLAMACIÓN.
**4.2.** LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS
**4.3.** LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO
**4.4.** LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO,
**4.5.** 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.

**5.** NO 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 LA COMPAÑÍA.

**6.** INFORMAR A LA COMPAÑÍA, DE LOS SEGUROS COEXISTENTES, CON INDICACIÓN DE LA ASEGURADORA Y DE LA SUMA ASEGURADA DE LOS MISMOS. EL INCUMPLIMIENTO MALICIOSO DE LA OBLIGACIÓN DE DECLARAR SEGUROS COEXISTENTES, CONLLEVARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO CONFORME LO PRECEPTUADO EN EL ARTÍCULO 1076 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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

**ARTÍCULO 10° - DERECHOS DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO**

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

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

2. INFORMARSE DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS O JUDICIALES MOTIVADAS O RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO, O CONSTITUIRSE EN PARTE EN EL PROCESO CIVIL, PENAL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL.

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

4. BENEFICIARSE CON TODOS LOS DERECHOS, EXCEPCIONES Y ACCIONES QUE FAVOREZCAN AL ASEGURADO Y LIBERARSE DE RESPONSABILIDAD EN LA MISMA PROPORCIÓN EN QUE SE LIBERE EL ASEGURADO.

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

**ARTÍCULO 11° – DEFENSA**

LA COMPAÑÍA, 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 NUMERAL 3.1 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA, 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 LA COMPAÑÍA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBERÁ REEMBOLSAR A LA COMPAÑÍA LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS.

LA COMPAÑÍA SÓLO PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS QUE PREVIAMENTE HAYA AUTORIZADO POR ESCRITO. NO OBSTANTE, EL ASEGURADO QUEDA AUTORIZADO 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 COMPAÑÍA DE MANERA OPORTUNA. SERÁ OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO Y NO DE LA COMPAÑÍA ASUMIR LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA.

LA COMPAÑÍA NO CONCILIARÁ NI TRANSIGIRÁ RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA ALGUNA SIN EL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, SI ÉSTE SE REHÚSA A PRESTAR COLABORACIÓN EN RELACIÓN CON UNA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN SUGERIDA POR LA COMPAÑÍA, LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA 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 DEL ASEGURADO

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO LA COMPAÑÍA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DEL ASEGURADO, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTE EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE EL ASEGURADO PUEDA NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

EN CUALQUIER MOMENTO, LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA ABANDONARÁ EL CONTROL DE LA RECLAMACIÓN O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA Y NO ASUMIRÁ NINGÚN TIPO DE RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON LAS MISMAS.

**ARTÍCULO 12° - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO QUEDARÁN PRIVADOS DE TODO DERECHO PROCEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTA; SI EN APOYO DE ELLA, SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SI SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

2. CUANDO AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO OMITEN MALICIOSAMENTE INFORMAR DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES E INTERESES ASEGURADOS.

3. CUANDO RENUNCIEN A SUS DERECHOS CONTRA LOS TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SIN PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

**ARTÍCULO 13° - COEXISTENCIA DE SEGUROS**

EN CASO DE QUE EL AMPARO OTORGADO POR ESTA PÓLIZA CONCURRA CON EL OTORGADO POR OTRAS PÓLIZAS QUE AMPAREN EL MISMO RIESGO, LA COMPAÑÍA SÓLO SERÍA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN EXCESO DEL MONTO CUBIERTO POR LOS DEMÁS SEGUROS CONTRATADOS. EN EL EVENTO DE EXISTIR EN DICHAS PÓLIZAS UNA CLÁUSULA EN EL SENTIDO AQUÍ EXPRESADO, SE APLICARÁN LAS REGLAS REFERENTES A LA COEXISTENCIA DE SEGUROS, PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 1.092 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CON ARREGLO A LAS CUALES, LOS DIVERSOS ASEGURADORES DEBERÁN SOPORTAR LA INDEMNIZACIÓN EN PROPORCIÓN A LA CUANTÍA DE SUS RESPECTIVOS CONTRATOS, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ACTUADO DE BUENA FE.

**ARTÍCULO 14° - PAGO DEL SINIESTRO**

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO O AL BENEFICIARIO CUALQUIER MONTO DEBIDO BAJO ESTA PÓLIZA DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, EN UN TODO DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1077 Y 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

**ARTÍCULO 15° - SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN**

DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1096 A 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA, 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 LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA 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.

**ARTÍCULO 16° - DISTRIBUCIÓN**

EN EL EVENTO EN QUE UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, DE LUGAR A UN DAÑO CUBIERTO Y AL MISMO TIEMPO UN DAÑO NO CUBIERTO, EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA DISTRIBUIRÁN DICHO

DAÑO Y GASTOS LEGALES EN LA MISMA PROPORCIÓN EN LA QUE SE DISTRIBUYA LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE LAS PARTES.

CUALQUIER DISTRIBUCIÓN O ANTICIPO DE GASTOS LEGALES EN RELACIÓN CON UNA RECLAMACIÓN NO CREARÁ PRESUNCIÓN ALGUNA RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE OTRO DAÑO ORIGINADO POR DICHA RECLAMACIÓN.

SI EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA NO LOGRAREN LLEGAR A UN ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS GASTOS LEGALES QUE DEBEN SER DESEMBOLSADOS PARA LA ATENCIÓN DE DICHA RECLAMACIÓN, LA COMPAÑÍA SUMINISTRARÁ LOS GASTOS LEGALES QUE CONSIDERE RAZONABLEMENTE CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA HASTA QUE SE ACUERDE O SE DETERMINE UNA DISTRIBUCIÓN DIFERENTE. UNA VEZ ACORDADA O DETERMINADA LA DISTRIBUCIÓN DE GASTOS LEGALES, ESTOS SERÁN APLICADOS DE MANERA RETROACTIVA A TODOS LOS GASTOS LEGALES YA INCURRIDOS EN RELACIÓN CON DICHA RECLAMACIÓN.

CUANDO FUEREN VARIAS 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 GASTOS LEGALES.

**ARTÍCULO 17° - AUDITORÍA E INSPECCIÓN**

EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA 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.

LA COMPAÑÍA 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.

**ARTÍCULO 18° - REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA**

EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. POR LA COMPAÑÍA, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL **ASEGURADO**, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE SESENTA (60) DÍAS COMUNES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A LA COMPAÑÍA.

EN EL PRIMER CASO, LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA SE CALCULARÁ A PRORRATA SOBRE LA VIGENCIA EFECTIVA DEL SEGURO MÁS UN RECARGO DEL 10% DE LA DIFERENCIA ENTRE DICHA PRIMA Y LA ANUAL.

**ARTÍCULO 19° - PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN**

LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE. PARA SOLICITAR SU RENOVACIÓN, EL TOMADOR DEBERÁ PROPORCIONAR A LA COMPAÑÍA, 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 COMPAÑÍA DETERMINARÁ LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA NUEVA VIGENCIA.

**ARTÍCULO 20° - FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD**

PARA SUSCRIBIR ESTA PÓLIZA LA COMPAÑÍA 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 MISMA 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.

**ARTÍCULO 21° - DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO**

EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR **LA** COMPAÑÍA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA, LA HUBIESEN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO LA COMPAÑÍA SOLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTE RESPECTO DE LA TARIFA O PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTA CONDICIÓN NO SE APLICAN SI LA COMPAÑÍA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

**ARTÍCULO 22° - MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO**

EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGÚN EL CASO, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE, CONFORME AL CRITERIO CONSIGNADO EN EL INCISO PRIMERO DE LA CONDICIÓN DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO, SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL.
LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR. SI LE ES EXTRAÑA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS HÁBILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE PREVISTOS, LA COMPAÑÍA 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 DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

ASÍ MISMO, EL TOMADOR O EL ASEGURADO PODRÁN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO NOTIFICAR TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DISMINUYAN EL RIESGO, DEBIENDO POR TANTO LA COMPAÑÍA, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA SEGUNDA LA TARIFA CORRESPONDIENTE POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

**ARTÍCULO 23° - DISPOSICIONES LEGALES**

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES, LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS POR ESTE CONTRATO DE SEGUROS, SE REGIRÁN POR LO PRESCRITO EN EL TÍTULO V DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

**ARTÍCULO 24° - NOTIFICACIONES**

TODA INFORMACIÓN O DECLARACIÓN QUE DEBA ENTREGAR O HACER CUALQUIERA DE LAS PARTES EN DESARROLLO DE ESTE CONTRATO DEBERÁ REALIZARSE POR ESCRITO Y SER ENVIADA A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA DE LA OTRA PARTE, SIN PERJUICIO DE LO DICHO EN EL NUMERAL 1 DEL ARTÍCULO 9° DE LA PRESENTE, EN LO QUE CONCIERNE AL AVISO DE SINIESTRO.

**ARTÍCULO 25° - GARANTÍAS**

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

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 CONVERTIRÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.

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:

   **2.1.** APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN N°.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES O QUE LA MODIFIQUEN, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, CON 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.

   **2.2.** 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, ANAMNESIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.

**2.3.** 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).

**2.4.** 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.

**2.5.** 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.** EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.

**4.** ENTREGAR A LA COMPAÑÍA 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.

**5.** COLABORAR CON LA COMPAÑÍA 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.

**6.** COOPERAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.

**7.** PRESTAR A LA COMPAÑÍA 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.

**8.** COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIME NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLE TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERA.

**9.** PERMITIR A LA COMPAÑÍA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.

**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 LA COMPAÑÍA.

**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.

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

**13.** DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, LA COMPAÑÍA 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:

**13.1.** QUE ACORDARÁN CON LA COMPAÑÍA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.

**13.2.** QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A LA COMPAÑÍA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.

**13.3.** 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.

**13.4.** QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO.

**Términos y Definiciones**

**Asegurado o Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados**
Son los establecimientos médicos asistenciales que prestan el servicio médico de salud, sea persona de derecho público o privado, declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en las condiciones particulares de la póliza.

**Tomador o Institución Tomadora.**
Es la persona jurídica que se designa en las condiciones particulares 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:**

**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.

**Servicios Profesionales en la Atención de la Salud de los Pacientes**
Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

**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.

**Fecha de Retroactividad**
Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o eventos. esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y la compañía. en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.

**Guerra**
Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelión, revolución, insurrección, o conmoción civil, levantamiento, poder militar o usurpado.

**Terrorismo**
Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesión, estrago o interrupción o comisión de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

**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 SUJECIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

**1. AMPARO BÁSICO**

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

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

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

1.3 AMPAROS ADICIONALES

1.3.1 COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO

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

1.3.1.1 HONORARIOS DE DEFENSA

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

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

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

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

PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A ASEGURADORA SOLIDARIA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, 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 REINSTALAMENTO 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, INCLUÍDO EL TÉRMINO PREVISTO PARA ADQUIRIRLO Y EL PAGO DE LA PRIMA, ASEGURADORA SOLIDARIA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

1.4 AMPAROS CONTRATABLES MEDIANTE ACUERDO EXPRESO

1.4.1 AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.
ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO

EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

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

1.4.2 AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES

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

- EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO
- EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA
- EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER)
- EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA
- EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER
- EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIACTIVAS 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 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. 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 SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL 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 SUJECIÓN 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 SUJECIÓN 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, INCLUÍDOS 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 RADIACTIVAS.

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, INCLUÍDOS 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 DELA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DANOS 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 ADELANTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA, Y DEBERÁN MANTENER A ASEGURADORA SOLIDARIA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.

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

E. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS NO PODRÁN ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES OBLIGACIONES FACULTARÁ A ASEGURADORA SOLIDARIA PARA REDUCIR LA INDEMNIZACIÓN EN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE FUEREN OCASIONADOS.

**12. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**14. DISTRIBUCIÓN**

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

**15. AUDITORÍA E INSPECCIÓN**

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

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

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

**16. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN**

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA

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

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

**17. PAGO DEL SINIESTRO**
ASEGURADORA SOLIDARIA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, CON SUJECIÓN 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.

Señores
**JUZGADO 17 ADMINISTRATIVO ORAL**
**Cali**

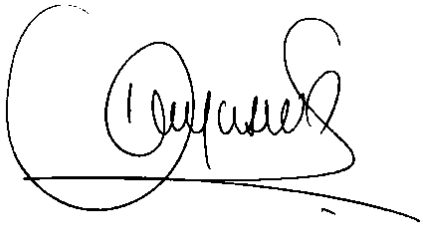
| | | |
|---|---|---|
| **Referencia:** | **RADICADO:** | **202000069** |
| | **DEMANDANTE.** | **MIGUEL ÁNGEL PALACIO URRESTI** |
| | **DEMANDADO.** | **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E. DE PALMIRA** |
| | **LLAMADO EN GARANTÍA.** | **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA** |

**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 electronico 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

**CAL00522** 2022/01/07

files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments.

---

**De:** Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>
**Fecha:** martes, 17 de septiembre de 2024, 1:52 p.m.
**Para:** Jessie Daniella Quintero Rincón <jquintero@gha.com.co>, Nicolas Loaiza Segura <nloaiza@gha.com.co>, Juan Sebastian Bobadilla <jbobadilla@gha.com.co>, CAD GHA <cad@gha.com.co>, Informes GHA <informes@gha.com.co>
**Asunto:** RV: CAL00522 - PODER

20061

NG

NOTIFICACIONES

E- mail: notificaciones@gha.com.co / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

**Aviso de Confidencialidad:** La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.
**Confidentiality Notice:** The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

---

**De:** Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>
**Enviado:** martes, 17 de septiembre de 2024 8:15
**Para:** Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>
**Asunto:** RV: CAL00522 - PODER

Señores

**JUZGADO 17 ADMINISTRATIVO ORAL**

**Cali**

**Referencia:** **RADICADO:** **202000069**

**DEMANDANTE.** **MIGUEL ÁNGEL PALACIO URRESTI**

**DEMANDADO.** **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E. DE PALMIRA**

**LLAMADO EN GARANTÍA.** **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

**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 electronico 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

**CAL00522** 2022/01/07

Cordialmente,

**GERENCIA JURÍDICA**

**Dirección General**

Tel. (601) 6464330

Calle 100 No 9A – 45 Piso 12 Bogotá - CO

**********

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

Este mensaje es confidencial, esta amparado por secreto profesional y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su(s) destinatario(s). Si recibió esta transmisión por error, por favor avise al remitente. Este mensaje y sus anexos han sido sometidos a programas antivirus y entendemos que no contienen virus ni otros defectos. En todo caso, el destinatario debe verificar que este mensaje no esta afectado por virus y por tanto Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no es responsable por daños derivados del uso de este mensaje.

This message is confidential, subject to professional secret and may not be used or disclosed by any person other than its addressee(s). If received in error, please contact the sender. This message and any attachments have been scanned and are believed to be free of any virus or other defect. However, recipient should ensure that the message is virus free. Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa is not liable for any loss or damage arising from use of this message.

Ya visitó https://www.solidaria.com.co ?

**********

**Certificado Generado con el Pin No: 8937931045046863**

Generado el 01 de septiembre de 2024 a las 18:39:23

**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 , modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 2402 del 30 de junio de 1988

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO. Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de

CERTIFICADO VALIDO ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 8937931045046863**

Generado el 01 de septiembre de 2024 a las 18:39:23

**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 audiciencias 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 20130924961 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<br>Fecha de inicio del cargo: 01/11/2021 | CC - 79152694 | Presidente Ejecutivo |
| José Iván Bonilla Pérez<br>Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019 | CC - 79520827 | Representante Legal |
| Nancy Leandra Velásquez Rodríguez<br>Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020 | CC - 52032034 | Representante Legal |
| Claudia Patricia Palacio Arango<br>Fecha de inicio del cargo: 01/09/2022 | CC - 42897931 | Representante Legal |
| Maria Yasmith Hernández Montoya<br>Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011 | CC - 38264817 | Representante Legal Judicial |
| Juan Pablo Rueda Serrano<br>Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011 | CC - 79445028 | Representante Legal Judicial |

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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 Obligatrorio de Accidentes de Transito, 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

**Certificado Generado con el Pin No: 8937931045046863**

Generado el 01 de septiembre de 2024 a las 18:39:23

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

Resolución S.B. No 2565 del 23 de noviembre de 1994 Montaje y rotura de maquinaria, Todo riesgo contratista, Accidentes personales

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

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

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

**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ**
**SECRETARIA 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."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA