Señores.
JUZGADO NOVENO (9) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI (VC)
of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES: EDISON BECERRA ADAMES y OTROS
DEMANDADOS: HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E., y OTROS
RADICACIÓN: 76001-3333-009-**2022-00042-**00

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, Valle del Cauca, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**., aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la calle 100 No. 9 A – 45 piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT. 860524654-6, representada legalmente por la Doctora MARÍA YASMITH HERNÁNDEZ MONTOYA, identificada con cédula de ciudadanía No. 38.264.817, conforme se acredita con el poder y certificado de existencia y representación legal adjunto. Encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo, en primer lugar, a presentar **REITERACIÓN A LA CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** impetrada por parte del señor EDISON BECERRA ADAMES y otros en contra del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E., y otros; y en segundo lugar, a **REITERAR LA CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por EMSSANAR E.P.S. S.A.S.; y en tercer lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por el HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E., en contra de mi representada a para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tenga en cuenta las precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, de conformidad con lo que se consigna en los acápites siguientes:

OPORTUNIDAD

Mediante auto interlocutorio No. 374 del 29 de mayo de 2024, y notificado mediante estados electrónicos del 30 de mayo de la misma anualidad, notificado por correo electrónico del mismo día, la Judicatura resolvió admitir el llamamiento en garantía formulado por el HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E., en contra de mi representada. En dicha providencia se le confirió a mi poderdante el término de 15 días para contestar, los cuales por disposición expresa de la Ley 2080 de 2021, se cuentan una vez transcurridos dos días hábiles siguientes a la notificación, por lo que el término comenzó a computarse a partir del día 5 de junio de 2024. Así las cosas, los términos corrieron durante los días 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25 Y 26 de junio de 2024. En ese orden de ideas, se colige que este acto se surte dentro de la oportunidad procesal pertinente.

HERRERA ABOGADOS & ASOCIADOS

CAPÍTULO I
REITERACIÓN CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS:

.- AL PRIMERO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, de la documental denominada "Certificado de afiliación al POS EPS Emssanar SAS", anexa a la demanda, se consigna:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS EPS EMSSANAR SAS
Régimen Subsidiado

La EPS EMSSANAR SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 66774781
Apellidos:	MONTOYA GAMEZ
Nombres:	DORA LUZ
Ficha Sisben:	134660
Nivel Sisben:	Nivel I
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de afiliación:	Inactivo
Fecha de Afiliación:	23/11/2017
Departamento de Afiliación:	VALLE DEL CAUCA
Municipio de Afiliación:	PALMIRA
Zona:	Urbana
IPS Primaria:	

Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL SEGUNDO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, de la historia clínica de la entonces paciente y expedida por el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., *(en adelante HROB),* del 22 de mayo de 2019, se puede extraer:

Fecha Hora Impresión: 2019-05-22 14:06:18. Página 1 de 1

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
MICROSCOPIA			
EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA			
Tipo de Muestra	FROTIS VAGINAL		
Celulas Epiteliales	++	xc	
Bacterias	++	xc	
Leucocitos	4-6	xc	
Test Aminas	POSITIVO		
Ph	6.0		
Celulas Guias	++	xc	
GRAM			
Tipo de Muestra	SECRECION VAGINAL		
RESULTADO			
Cocobacilos Gram Variables	++		
UROANALISIS			

Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL TERCERO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Aun con ello, de acuerdo con la historia clínica de la señora MONTOYA, expedida por el HROB, a data del 21 de junio de 2019, se consigna:

Fecha: 21-06-2019

IDENTIFICACION:	66774781
NOMBRE:	DORA LUZ MONTOYA
TIPO ESTUDIO:	ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL
LECTURA:	

ÚTERO AUSENTE POR HISTEREECTOMIA PREVIA.

OVARIO DERECHO: MIDE 4.8X2.3CM, CON UNA IMAGEN QUISTICA SIN TABIQUES DE 2.6X1.9CM

OVARIO IZQUIERDO: MIDE 3.0X1.7 CM, DE ASPECTO ECOGRAFICO NORMAL.

NO SE OBSERVA LIQUIDO EN SACO DE DOUGLAS.

A NIVEL DE CUPULA SE OBSERVA IMAGEN ECO MIXTA DE 3.5X3.2CM SUGESTIVA DE CERVIX UTERINO

CONCLUSION:

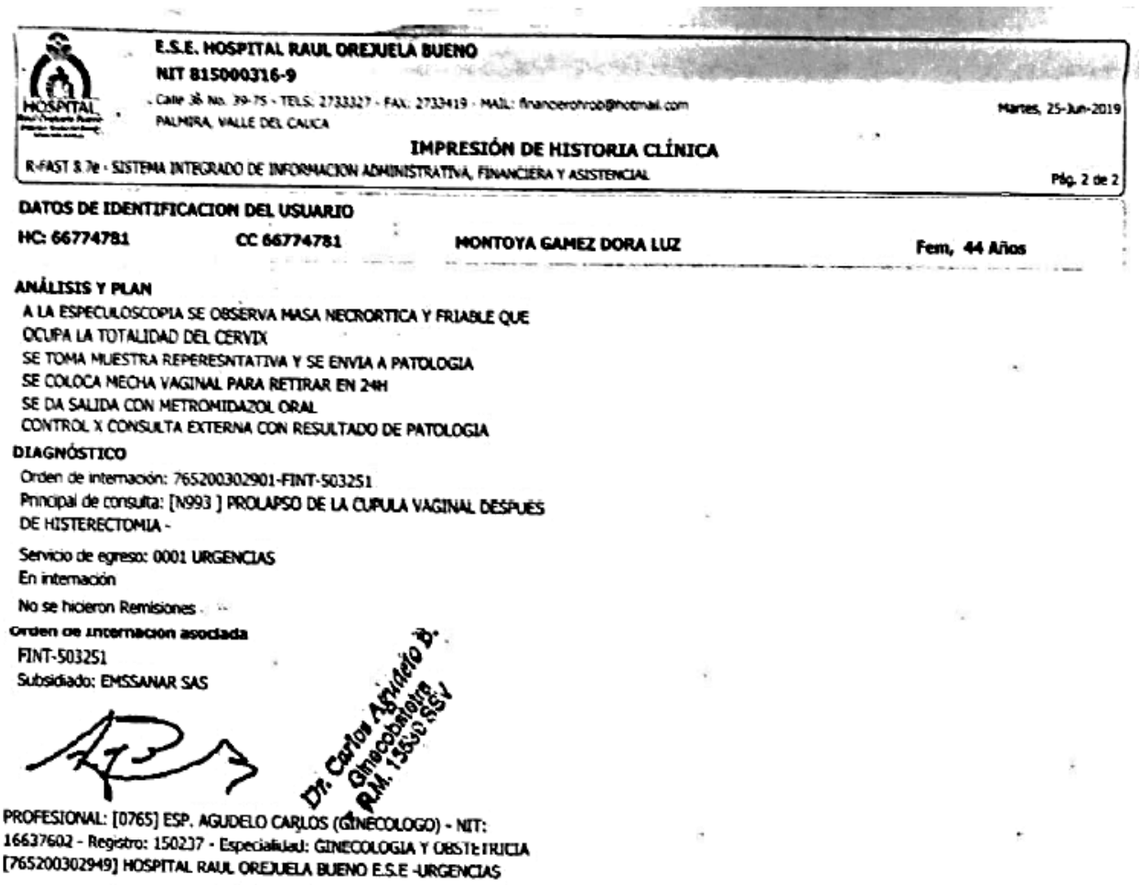
IMAGNE ECO MIXTA EN CUPULA VAGINAL.
CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL CUARTO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD

COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.

Empero, de la historia clínica de la señora MONTOYA, expedida por el HROB a calenda del 25 de junio de 2019, se puede extraer:



E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO
NIT 815000316-9
Calle 36 No. 39-75 - TELS. 2733327 - FAX: 2733419 - MAIL: financierohrob@hotmail.com
PALMIRA, VALLE DEL CAUCA
Martes, 25-Jun-2019

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL
Pág. 2 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 66774781 CC 66774781 MONTOYA GAMEZ DORA LUZ Fem, 44 Años

ANÁLISIS Y PLAN

A LA ESPECULOSCOPIA SE OBSERVA MASA NECRORTICA Y FRIABLE QUE
OCUPA LA TOTALIDAD DEL CERVIX
SE TOMA MUESTRA REPERESNTATIVA Y SE ENVIA A PATOLOGIA
SE COLOCA MECHA VAGINAL PARA RETIRAR EN 24H
SE DA SALIDA CON METROMIDAZOL ORAL
CONTROL X CONSULTA EXTERNA CON RESULTADO DE PATOLOGIA

DIAGNÓSTICO

Orden de internación: 765200302901-FINT-503251
Principal de consulta: [N993] PROLAPSO DE LA CUPULA VAGINAL DESPUES DE HISTERECTOMIA -
Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS
En internación
No se hicieron Remisiones .
Orden de internacion asociada
FINT-503251
Subsidiado: EMSSANAR SAS

Dr. Carlos Agudelo B.
Ginecobstetra
R.M. 15530 SSV

PROFESIONAL: [0765] ESP. AGUDELO CARLOS (GINECOLOGO) - NIT: 16637602 - Registro: 150237 - Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL QUINTO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.

Sin embargo, de acuerdo con la historia clínica del HROB., respecto de los laboratorios tomados el día 25 de junio de 2019, se tienen la siguiente información:

HERRERA ABOGADOS & ASOCIADOS

DESCRIPCION MACROSCOPICA

INFORME DE PATOLOGIA H19-1502

En formol se recibe rotulado:

Biopsia masa de cérvix: Cuatro fragmentos de tejido friable, de color pardo; el mayor mide 2x1cm. Se procesa todo en una canastilla.

DESCRIPCION MICROSCOPICA

La muestra corresponde a fragmentos de lesión neoplásica maligna de tipo epitelial, constituida por cordones y nidos anastomosados de células escamosas atípicas, con incremento de la relación núcleo citoplasma, anisocariosis, hipercromatismo nuclear, nucléolos prominentes y numerosas figuras mitóticas atípicas; que en algunas áreas se encuentran circundadas por desmoplasia.

DIAGNOSTICO

Cérvix. Lesión. Biopsia:

- CARCINOMA ESCAMO-CELULAR INFILTRANTE.

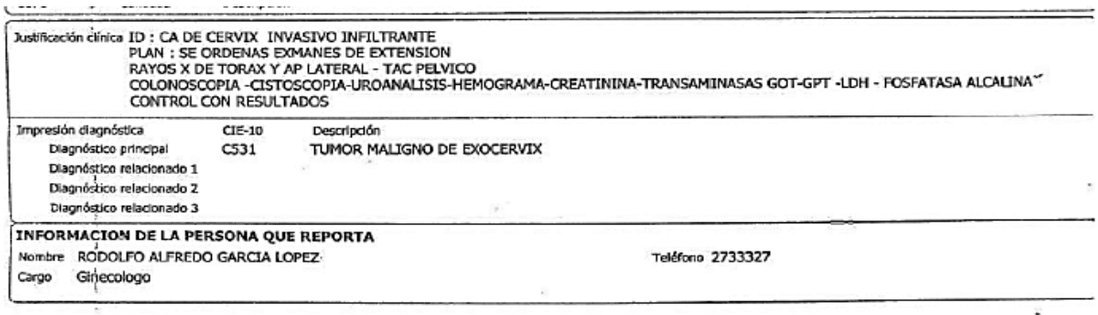
Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL SEXTO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.Sin embargo, de la historia clínica de la señora MONTOYA, expedida por el HROB., respecto de la valoración por el médico Daniel Garcés, se tiene que:

FECHA	HORA	CADA OBSERVACIÓN DEBE SER SEGUIDA POR LA FIRMA DEL MEDICO
18/07/2019		Mc: Paciente con Masa en Vagina
		EA: Paciente en el Momento presenta
		una ecografia Reporta masa
		y La Biopsia 2019/06/25 que
		Reporta Carcinoma escamo Cel-lar
		infiltrante. Cervix Lesion
		SV: 110/70 mmHg T° 36.0 Spo2 99
		Pulso 43 xM
		EF: No evidencia alteración
		AP: Valoración urgente en Ginecología

Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL SÉPTIMO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Empero, de acuerdo con la historia clínica de la señora MONTOYA, expedida por el HROB del 23 de julio de 2019, y en cuanto a la atención dispensada por el ginecólogo Rodolfo García, se tiene:



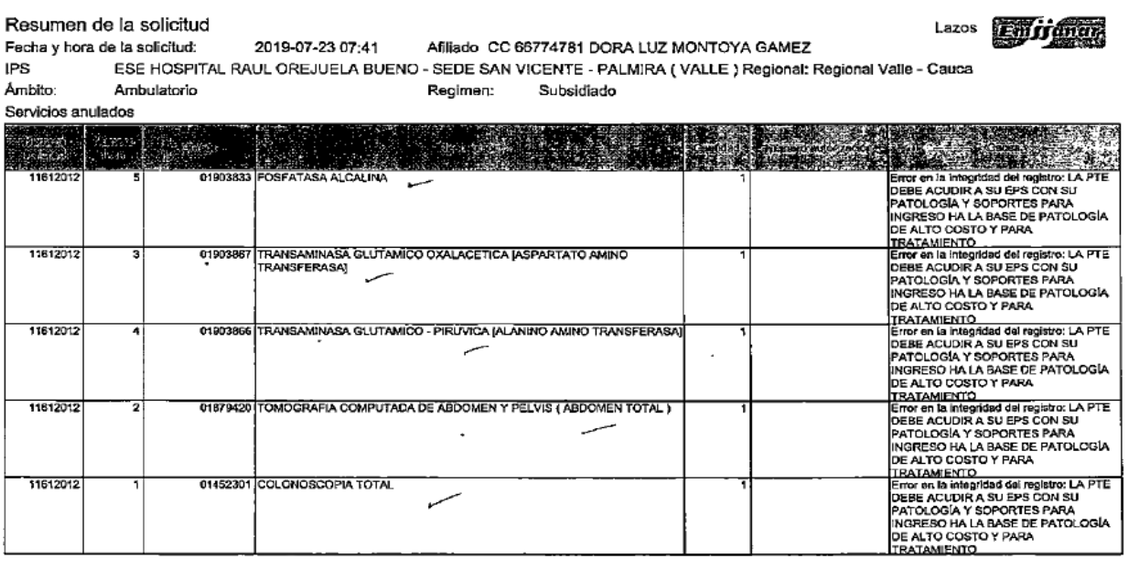
Justificación clínica ID : CA DE CERVIX INVASIVO INFILTRANTE
PLAN : SE ORDENAS EXMANES DE EXTENSION
RAYOS X DE TORAX Y AP LATERAL - TAC PELVICO
COLONOSCOPIA -CISTOSCOPIA-UROANALISIS-HEMOGRAMA-CREATININA-TRANSAMINASAS GOT-GPT -LDH - FOSFATASA ALCALINA
CONTROL CON RESULTADOS

Impresión diagnóstica	CIE-10	Descripción
Diagnóstico principal	C531	TUMOR MALIGNO DE EXOCERVIX
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA
Nombre RODOLFO ALFREDO GARCIA LOPEZ Teléfono 2733327
Cargo Ginecologo

Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL OCTAVO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, se tiene que para el 23 de julio de 2019, se expidió la siguiente solicitud de autorización de servicios ante Emssanar E.P.S. S.A.S.:



Resumen de la solicitud
Lazos
Fecha y hora de la solicitud: 2019-07-23 07:41 Afiliado CC 66774781 DORA LUZ MONTOYA GAMEZ
IPS ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE - PALMIRA (VALLE) Regional: Regional Valle - Cauca
Ámbito: Ambulatorio Regimen: Subsidiado
Servicios anulados

11612012	5	01903833	FOSFATASA ALCALINA	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	3	01903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	4	01903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO - PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	2	01879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	1	01452301	COLONOSCOPIA TOTAL	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO

.- AL NOVENO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.

.- AL DÉCIMO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Aun con ello, según documental anexa con la demanda, se evidencia el oficio No. TRD: 2019-192.6.19.6.19.1640 del 30 de julio de 2019, en el que la Secretaría de Salud del Municipio de Palmira manifiesta:

TRD: 2019-192.6.19.1640

Palmira 30 de Julio de 2019

SEÑORA
DORA LUZ MONTOYA
Dirección: CALLE 6 # 28C-98- VILLA FONTANA
Palmira

ASUNTO: RESPUESTA RAD. QS20190001926
Cordial Saludo,
Respetada ciudadano (a), en atención a la solicitud radicada en la cual usted manifiesta la posible vulneración de sus derechos en salud del usuario, debido a las barreras de acceso a lo (s) servicio(s) solicitado(s) ante **EMSSANAR- EPS.** Se obtuvo la siguiente respuesta:

En referencia al caso Rad. QS20190001926 a nombre del usuario DORA LUZ MONTOYA CC 66774781 me permito informar que al revisar en aplicativo empresarial Lazos conexia se identifica que el servicio fue autorizado el dia 18/07/2019 con número de Nua 2019002224980, direccionado para ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE - PALMIRA (VALLE), por lo tanto el usuario se puede acercar a la IPS para la prestación del servicio. El nuevo número de solicitud de citas es el 2834063 de lunes a viernes de 12:00pm a 5:00pm.

Con lo citado, debe precisarse que de acuerdo a lo expuesto frente a la contestación de los hechos séptimo y octavo, se evidencia una inexactitud en la información entregada por la Secretaría de Salud del Municipio de Palmira en oficio de notas, ya que se asevera que los servicios fueron autorizados el 18 de julio de 2023, data para la cual los mismos no habían sido solicitados, pues esto solo sucedió el 23 de julio hogaño. Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL ONCE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD

COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, según documental anexa con la demanda, se evidencia el oficio No. TRD: 2019-192.6.19.1647 del 31 de julio de 2019, en el que la Secretaría de Salud del Municipio de Palmira manifiesta:

TRD: 2019-192.6.19.1644

Palmira 31 de Julio de 2019

SEÑORA
DORA LUZ MONTOYA GOMEZ
Dirección: CALLE 6 # 28C-98 VILLA FONTANA
Palmira

ASUNTO: RESPUESTA RAD. CR20190006067

Cordial Saludo,
Respetada ciudadano (a), en atención a la solicitud radicada en la cual usted manifiesta la posible vulneración de sus derechos en salud del usuario, debido a las barreras de acceso a lo (s) servicio(s) solicitado(s) ante **EMSSANAR- EPS.** Se obtuvo la siguiente respuesta:

En referencia al caso Rad. QS20190001926 a nombre del usuario DORA LUZ MONTOYA CC 66774781 me permito informarle que el usuario se puede presentar en la oficina de EMSSANAR ESS para la entrega de gestión por parte de la EPS, debe traer su patología y soportes originales para ingreso a la base de alto costo de lunes a viernes de 7:00am a 11am con soportes médicos originales vigentes, documento de identidad y carnet, ubicada en la calle 37ª Nº 27-30 Barrio santa Rita.

Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL DOCE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Sin embargo, según documental anexa con la demanda, se evidencia el oficio No. TRD: 2019-192.6.19.1647 del 1 de agosto de 2019, en el que la Secretaría de Salud del Municipio de Palmira manifiesta:

TRD: 2019-192.6.19.1647

Palmira 01 de Agosto de 2019

SEÑORA
DORA LUZ MONTOYA
Dirección: CALLE 6# 29C-98 URB. VILLA FONTANA
Palmira

ASUNTO: RESPUESTA RAD. QS20190001926
Cordial Saludo,
Respetada ciudadano (a), en atención a la solicitud radicada en la cual usted manifiesta la posible vulneración de sus derechos en salud del usuario, debido a las barreras de acceso a lo (s) servicio(s) solicitado(s) ante **EMSSANAR- EPS.** Se obtuvo la siguiente respuesta:

En referencia al caso Rad. QS20190001926 a nombre del usuario DORA LUZ MONTOYA CC 66774781 me permito informar que al revisar en aplicativo empresarial Lazos conexia se identifica que el servicio fue autorizado el día 18/07/2019 con número de Nua 2019002224980 , direccionado para ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE - PALMIRA (VALLE , por lo tanto el usuario se puede acercar a la IPS para la prestación del servicio. El nuevo número de solicitud de citas es el 2834063 de lunes a viernes de 12:00pm a 5:00pm.

Con lo citado, debe precisarse que de acuerdo a lo expuesto frente a la contestación de los hechos séptimo y octavo, se evidencia una inexactitud en la información entregada por la Secretaría de Salud del Municipio de Palmira en oficio de notas, ya que se asevera que los servicios fueron autorizados el 18 de julio de 2023, data para la cual los mismos no habían sido solicitados, pues esto solo sucedió el 23 de julio hogaño. Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL TRECE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Empero, de los anexos de la demanda se evidencia la documental denominada "resumen de la solicitud", del 1 de agosto de 2019 expedida por Emssanar E.P.S. S.A.S., en la que frente a los servicios solicitados se relaciona:

Resumen de la solicitud

Lazos

Fecha y hora de la solicitud: 2019-07-23 07:41 Afiliado CC 66774781 DORA LUZ MONTOYA GAMEZ

IPS ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE - PALMIRA (VALLE) Regional: Regional Valle - Cauca

Ámbito: Ambulatorio Regimen: Subsidiado

Servicios anulados

11612012	5	01903833	FOSFATASA ALCALINA	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	3	01903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	4	01903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO - PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	2	01879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	1	01452301	COLONOSCOPIA TOTAL	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO

Así las cosas, se puede dilucidar que respecto a los servicios de citas, ordenados por el médico Rodolfo García el 23 de julio de 2019, se encontraban sujetos a trámite administrativo ante la E.P.S. Emssanar, quien debía autorizarlos y designar la I.P.S., donde los mismos se practicarían. Situación que deberá considerarse por la judicatura para efectos de corroborar los hechos presentados con la demanda y su influencia en la resolución de este litigio.

.- AL CATORCE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser

idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, si bien se puede evidenciar que con el radicado No. 76-520-40-09-001-2019-00236-00 cursó acción de tutela instaurada por la señora MONTOYA, la misma no se instauró frente al HROB.

.- AL QUINCE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Sin embargo, si bien se puede evidenciar bajo el radicado No. 76-520-40-09-001-2019-00236-00 se dictó sentencia de tutela fruto de la demanda de amparo elevada por la señora MONTOYA, en la misma no se profirió orden alguna frente al HROB.

.- AL DIECISÉIS: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.

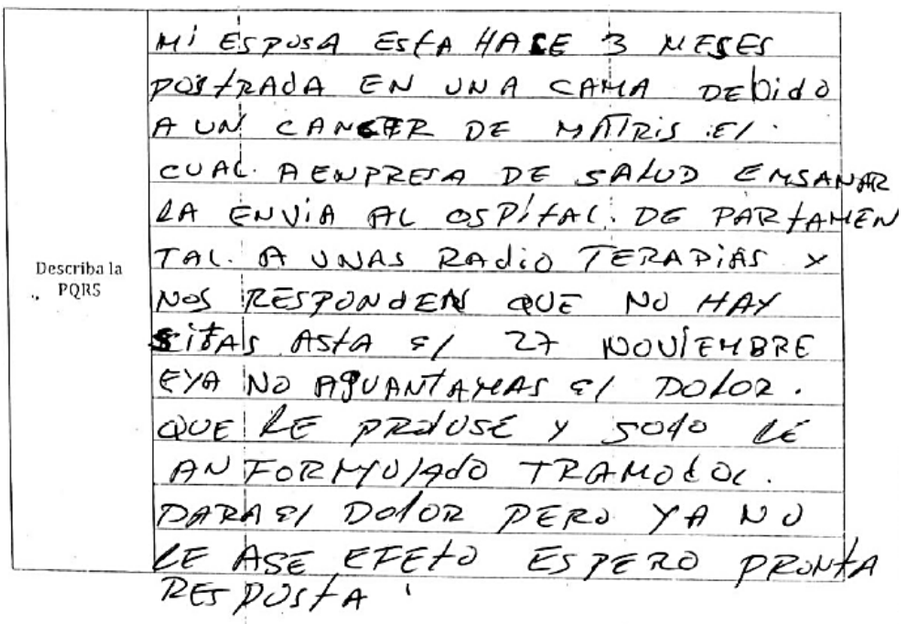
.- AL DIECISIETE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, del fallo de impugnación con radicado No. 0055 del 24 de octubre de 2019, se tiene que no se profirió orden alguna frente al HROB.

.- AL DIECIOCHO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.

.- AL DIECINUEVE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o

admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.

.- AL VEINTE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Empero de los documentos aportados con la demanda, se tiene el denominado "formato de PQRS", de la Gobernación del Valle del Cauca, de fecha 5 de noviembre de 2019, en el que se aduce:


Describa la PQRS

MI ESPOSA ESTA HACE 3 MESES POSTRADA EN UNA CAMA DEBIDO A UN CANCER DE MATRIS EL CUAL A ENPRESA DE SALUD EMSANAR LA ENVIA AL OSPITAL DE PARTAMENTAL A UNAS RADIO TERAPIAS Y NOS RESPONDEN QUE NO HAY CITAS ASTA EL 27 NOVIEMBRE EYA NO AGUANTAMAS EL DOLOR. QUE LE PRUSÉ Y SOLO LÉ AN FORMULADO TRAMADOL. PARA EL DOLOR PERO YA NO LE ASE EFETO ESPERO PRONTA RESPUSTA

.- AL VEINTIUNO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, si bien de las piezas aportadas al proceso se puede vislumbrar que para el día 7 de noviembre de 2019, la señora MONTOYA radicó acción de tutela, la misma únicamente se dirigió en contra de Emssanar E.P.S.

.- AL VEINTIDÓS: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley

esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Sin embargo, en el fallo de tutela del 22 de noviembre de 2019, se resuelve declarar la carencia de objeto, toda vez que el servicio de radioterapia que debió ser autorizado por la E.P.S., se realizó el día 15 de noviembre de 2019, lo que simboliza el cese del riesgo demandado.

.- AL VEINTITRÉS: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Sin embargo, de la historia clínica expedida por el Hospital Universitario del Valle para el 15 de noviembre de 2019, se expone:

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

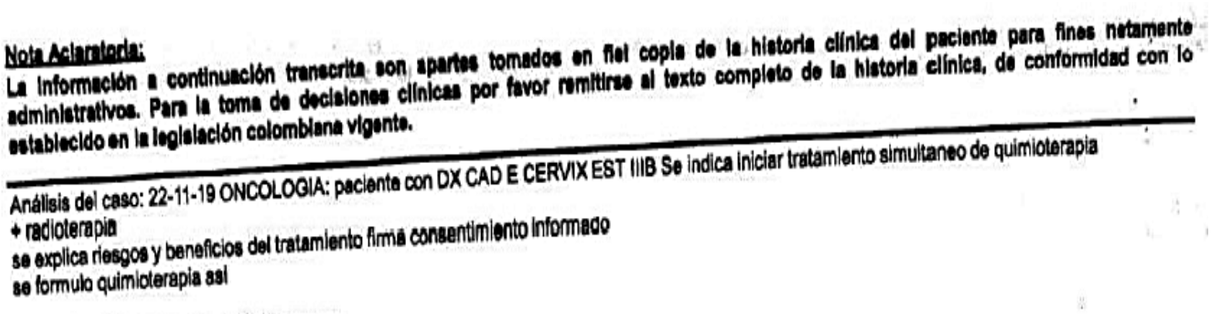
Análisis del caso: PACIENTE CON DX ANOTADO QUIEN FUE EVALUADA POR GINECOLOGIA ONCOLOGIC QUIEN CONSIDERA ESTADIO IIIB Y SOLICITA VALORCAION POR NOCOLGOIA CLINICA RADIOTERAPIA Y MEDICINA DEL DOLOR, HOY ACUIDE A ESTA CPNOSULTA CON ESTUDIOS DE EXDTENSION NEGATIVOS PARA COMPROMISO METASTASCIO CON LESION DE GRAN N TAMAÑO A NIVEL PELVICO CON INDICACION Y BENEFICIODE TTO ARDAINGTE CONCURRENTE CON INTENCION CURATIVA AUN POR LOQ UE SDEBE SER EVALUADA POR ONCOLGOIA CLINICA P'ARA DEFINRI CONCURRENTE POR LO QUE SE SOLICITA TTO RADIANTE, ADEMAS SE SOLICITA VALORCAION POR RADIOTERAPAI EN OTRA INSTITUCION PARA BRAQUITERAPIA DE ALTA TASADE DOSIS DESPUES DE LA SEMANA 4 DEL TTO RADIANTE EXTERNO.
Plan de manejo: 1. RADIOTERAPIA IMRT A NIVEL DE TUMOR MAS GANGLIOS MAS PARAMETRIOS DOSIS TOTAL 5600 CGY DD 200 CGY CODIGO 922444 NUMERO DE APLICACIONES 28
2. ALE IX SIMUALCION TC 3D PELVIS PLANIFICACION ECLIPSE IMRT PORTAL VISION COLIAMDOR IMULTIHJAS
3. CITA CON RADIOTERAPIA EN OTRA INSTITUCIN PARA CONSIDERARA BRAQUITERAPIA DE ALTA TASADE DOSIS.

Firmado electrónicamente Documento impreso al día 15/11/2019 09:24:40

AL VEINTICUATRO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Aun con ello, se precisa que más que tratarse de un hecho, nos encontramos frente a una imputación de responsabilidad que la parte demandante pretende atribuir a la pasiva, sin embargo, no obra prueba en el plenario que permita sostener la tesis que presenta el actor a la judicatura.

.- AL VEINTICINCO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, de la historia clínica de la señora MONTOYA, expedida por el Hospital

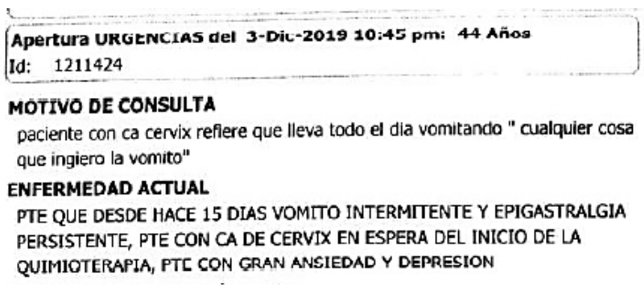
Universitario del Valle, y respecto de la atención del 22 de noviembre de 2019, se tiene:



Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Análisis del caso: 22-11-19 ONCOLOGIA: paciente con DX CAD E CERVIX EST IIIB Se indica iniciar tratamiento simultaneo de quimioterapia + radioterapia
se explica riesgos y beneficios del tratamiento firma consentimiento informado
se formulo quimioterapia asi

.- AL VEINTISÉIS: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Sin embargo, de la historia clínica de la señora MONTOYA, expedida por el HROB para el 3 de diciembre de 2019, se establece que:

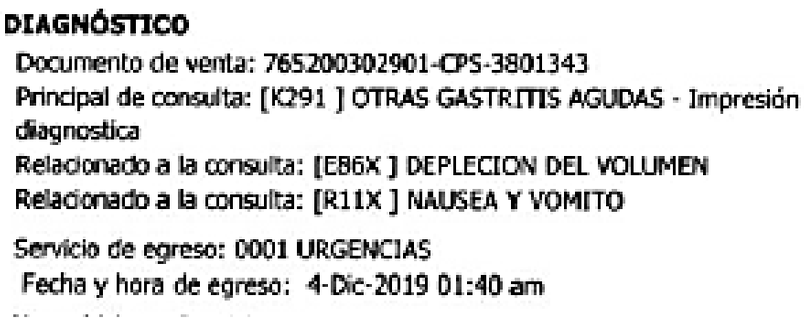


Apertura URGENCIAS del 3-Dic-2019 10:45 pm: 44 Años
Id: 1211424

MOTIVO DE CONSULTA
paciente con ca cervix refiere que lleva todo el dia vomitando " cualquier cosa que ingiero la vomito"

ENFERMEDAD ACTUAL
PTE QUE DESDE HACE 15 DIAS VOMITO INTERMITENTE Y EPIGASTRALGIA PERSISTENTE, PTE CON CA DE CERVIX EN ESPERA DEL INICIO DE LA QUIMIOTERAPIA, PTE CON GRAN ANSIEDAD Y DEPRESION

En lo que concierne a su egreso para el día 4 de diciembre de 2019, se consigna:



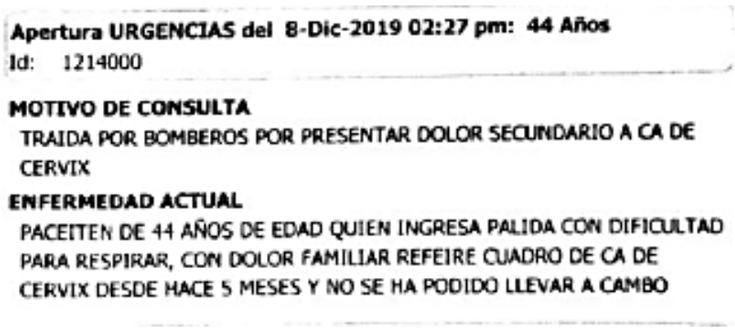
DIAGNÓSTICO
Documento de venta: 7652003029O1-CPS-3801343
Principal de consulta: [K291] OTRAS GASTRITIS AGUDAS - Impresión diagnostica
Relacionado a la consulta: [E86X] DEPLECION DEL VOLUMEN
Relacionado a la consulta: [R11X] NAUSEA Y VOMITO

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS
Fecha y hora de egreso: 4-Dic-2019 01:40 am

Conforme a lo señalado, refulge aclarar que la entonces paciente contaba con tratamiento médico oncológico en el Hospital Universitario del Valle (Nivel III), situación que deberá considerarse por el despacho al momento de resolver el litigio.

.- AL VEINTISIETE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley

esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, de la historia clínica de la señora MONTOYA, expedida por el HROB, se tiene para el día 8 de diciembre de 2019 lo siguiente:

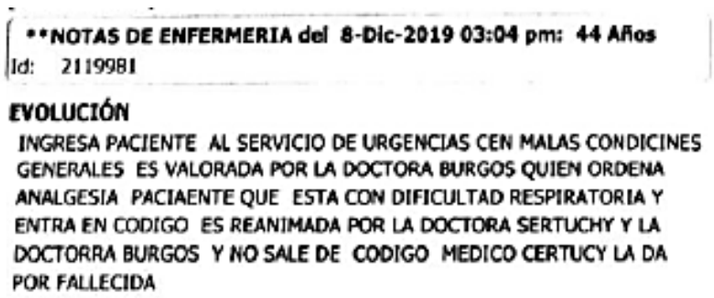


Apertura URGENCIAS del 8-Dic-2019 02:27 pm: 44 Años
Id: 1214000

MOTIVO DE CONSULTA
TRAIDA POR BOMBEROS POR PRESENTAR DOLOR SECUNDARIO A CA DE CERVIX

ENFERMEDAD ACTUAL
PACEITEN DE 44 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA PALIDA CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CON DOLOR FAMILIAR REFEIRE CUADRO DE CA DE CERVIX DESDE HACE 5 MESES Y NO SE HA PODIDO LLEVAR A CAMBO

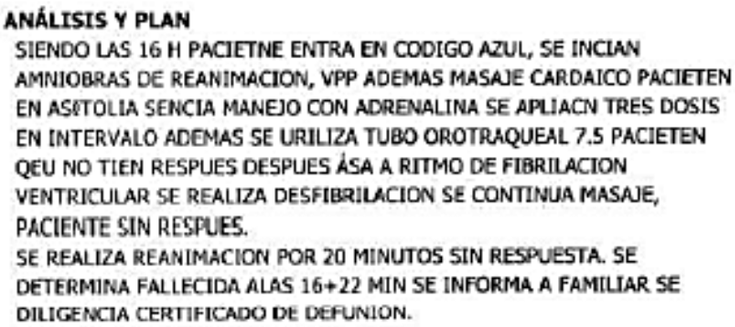
Respecto de su evolución se tiene:



****NOTAS DE ENFERMERIA del 8-Dic-2019 03:04 pm: 44 Años**
Id: 2119981

EVOLUCIÓN
INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CEN MALAS CONDICINES GENERALES ES VALORADA POR LA DOCTORA BURGOS QUIEN ORDENA ANALGESIA PACIAENTE QUE ESTA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y ENTRA EN CODIGO ES REANIMADA POR LA DOCTORA SERTUCHY Y LA DOCTORRA BURGOS Y NO SALE DE CODIGO MEDICO CERTUCY LA DA POR FALLECIDA

Frente al deceso de la señora MONTOYA, se consignó:



ANÁLISIS Y PLAN
SIENDO LAS 16 H PACIETNE ENTRA EN CODIGO AZUL, SE INCIAN AMNIOBRAS DE REANIMACION, VPP ADEMAS MASAJE CARDAICO PACIETEN EN ASISTOLIA SENCIA MANEJO CON ADRENALINA SE APLIACN TRES DOSIS EN INTERVALO ADEMAS SE URILIZA TUBO OROTRAQUEAL 7.5 PACIETEN QEU NO TIEN RESPUES DESPUES ÁSA A RITMO DE FIBRILACION VENTRICULAR SE REALIZA DESFIBRILACION SE CONTINUA MASAJE, PACIENTE SIN RESPUES.
SE REALIZA REANIMACION POR 20 MINUTOS SIN RESPUESTA. SE DETERMINA FALLECIDA ALAS 16+22 MIN SE INFORMA A FAMILIAR SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNION.

.- AL VEINTIOCHO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. Sin embargo, se precisa que más que tratarse de un hecho, nos encontramos frente a una imputación de responsabilidad que la parte demandante pretende atribuir a la pasiva, sin embargo, no obra prueba en el plenario que permita sostener la tesis que presenta el actor a la

judicatura.

.- AL VEINTINUEVE: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.

Sin embargo, se precisa que más que tratarse de un hecho, nos encontramos frente a una imputación de responsabilidad que la parte demandante pretende atribuir a la pasiva, sin embargo, no obra prueba en el plenario que permita sostener la tesis que presenta el actor a la judicatura, contrario a ello, a la entonces paciente se le brindó atención médica oportuna, poniendo a su disposición todos los recursos humanos y técnicos necesarios y al alcance de acuerdo al nivel de complejidad sobre el cual funciona la IPS asegurada, realizando un adecuado diagnóstico conforme a los exámenes ordenados, y desplegando las acciones necesarias para cumplir con el deber derivado del objeto de la prestación del servicio, lamentablemente, la causa del deceso de la señora MONTOYA, deviene del curso propio de su enfermedad, esto es, cáncer de cérvix, el cual para el momento de su detección ya se encontraba muy avanzado, sin que existiera alternativa que garantizara terminar con la patología de manera exitosa.

.- AL TREINTA: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.

.- AL TREINTA Y UNO: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada, deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso. No obstante, desde ya se aclara que entre el deceso de la señora MONTOYA y el actuar de la pasiva no existe nexo causal, pues el fallecimiento de la entonces paciente deviene por las complicaciones naturales de la patología de base, esto es, cáncer de cérvix, como se ampliará en el acápite de excepciones.

.- AL TREINTA Y DOS: NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., como llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar o admitir. De tal modo, lo expuesto deberá ser probado por la parte actora pues por imperio de ley esta carga le corresponde y al tratarse de manifestaciones ajenas a mi representada,

deberán ser idóneamente acreditadas dentro del proceso de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 167 del CGP., aplicable por remisión al artículo 211 del CPACA., y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente, útil y oportunamente incorporada al proceso.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DE DECLARACIONES Y CONDENAS

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. Precisamente, se confirma que en la **IPS HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.,** donde se trató a la paciente, los galenos fueron totalmente diligentes, con aplicación de los protocolos médicos, la *"lex artis"* y con apego a los procedimientos médicos comúnmente aceptados por la ciencia médica, para el grave pronóstico de la señora MONTOYA de acuerdo a su nivel de complejidad. Se itera que el fallecimiento ocurre por las propias complicaciones clínicas del cuadro que presentaba la señora MONTOYA (Q.E.P.D), más no por conducta negligente, error en el diagnóstico o tratamiento contraproducente.

Bajo ese contexto, procedo a pronunciarme de manera específica frente a las declaraciones y pretensiones de la demanda así:

.- FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: Nos oponemos a la declaratoria de responsabilidad que persigue la actora, como quiera que la misma es inexistente. Esto, por cuanto no se han probado las supuestas omisiones, negligencias, error en el diagnóstico y deficiente prestación del servicio médico que se atribuye a las demandadas, aunado a la ausencia de relación causal entre el fallecimiento de la paciente y el actuar de la pasiva. Además, como se puede confrontar con las historias clínicas, los actos médicos desarrollados por el personal que trató a la señora MONTOYA (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.

.- FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. Abordado lo precedente, de manera general y teniendo en cuenta que el apoderado de las accionantes desarrolla de forma individual cada uno de los perjuicios que motivan su demanda, procedo a oponerme puntualmente respecto a ellos como sigue:

2.1. DAÑOS MATERIALES Y/O PATRIMONIALES:

2.1.1. FRENTE A LOS PERJUICIOS MATERIALES EN MODALIDAD DE LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO: Nos oponemos al perjuicio solicitado por la demandante por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a la anterior pretensión y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo.

Nos oponemos al reconocimiento de lucro cesante que persigue el señor EDISON BECERRA, pues el mismo resulta ser improcedente en razón de que no existe prueba de los ingresos percibidos por la señora MONTOYA, ni del tipo, denominación ni carácter de la supuesta actividad económica alegada, tampoco medio de convicción que permita acreditar que esta haya arrojado una contraprestación periódica y cuantificable. Luego entonces, la pretensión por el alegado perjuicio no tiene vocación de éxito, máxime cuando no se prueba tampoco la dependencia económica, requisito estructural del lucro cesante.

Por su parte, para solicitar el reconocimiento del lucro cesante en materia administrativa, es necesario que se allegue prueba de la declaración de renta de la parte que lo solicita conformo a lo normado en el artículo 10º de la Ley 58 de 1982 el cual establece que:

> *"ARTÍCULO 10°. Para la tasación de los perjuicios en acciones indemnizatorias contra el Estado deberá examinarse la concordancia entre los daños alegados y la declaración de renta de las personas vinculadas a la controversia."*

De acuerdo con lo anterior, 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, especialmente las declaraciones de la fallecida, por lo que 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.

2.1.2. FRENTE AL DAÑO EMERGENTE: Nos oponemos al reconocimiento de la suma de $6.158.928 M/Cte., que persigue el demandante con ocasión a supuestos gastos funerarios, pues el mismo no se encuentra acreditado, clara omisión al deber que les impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. En tal sentido, al no cumplirse con dicha carga a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil, debe negarse lo pretendido, con mayor razón cuando el perjuicio alegado carece de ser real, inmediato, constatable y verificable. De igual manera nos oponemos a la petición de condena en costas e intereses, debido a la nula vocación de éxito del medio de control.

2.2. PERJUICIOS INMATERIALES Y/O EXTRAPATRIMONIALES:

2.2.1.- DAÑOS MORALES: Nos oponemos al reconocimiento de la suma de 100 SMMLV., que persiguen los demandantes para cada uno de ellos, pues sin que signifique reconocimiento de responsabilidad alguno en cabeza de las entidades demandadas y mucho menos de mi representada, debe indicarse que el daño moral reclamado desconoce los baremos establecidos por el máximo órgano de la jurisdicción contencioso-administrativa respecto del tope indemnizatorio establecido por el Consejo de Estado en la sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014.

2.2.2. DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN O ALTERACIÓN DE CONDICIONES DE EXISTENCIA.

Nos oponemos a que se reconozca suma alguna por concepto de daño por alteración a las condiciones de existencia o daño a la vida en relación, toda vez que esta es una pretensión consecuencial de la primera pretensión de naturaleza declarativa y como aquella no está llamada a prosperar, la presente tampoco.

De igual manera, la oposición a la presente pretensión se extiende en cuanto las categorías de "alteración a las condiciones de existencia" y "daño a la vida de relación" se encuentran superadas por la jurisprudencia desde el 2011 y 2014, respectivamente. En tal sentido, resultan jurídicamente improcedentes las condenas por dichos conceptos, los cuales se encuentran subsumidos en el daño a la salud, el que a su vez también resulta improcedente para el caso concreto, ya que este solo se le reconoce a la víctima directa en caso de lesiones, de modo tal que, resulta imposible

acceder a lo rogado por los demandantes.

2.2.3. PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD: Tratándose de la solicitud de resarcimiento de la pérdida de la oportunidad pretendida por la parte demandante, debe decirse que nos oponemos al reconocimiento de cualquier suma por este concepto, debido a que la parte demandante solicitó su reconocimiento como una tipología de daño inmaterial autónoma desconociendo la naturaleza jurídica del concepto como fundamento del daño.

A su turno, se precisa que la actora no acreditó la ganancia, ventaja o beneficio que hubiera percibido la señora MONTOYA, si el tratamiento contra el cáncer de cérvix era exitoso, lo cual es hipotético por el avanzado estado de su patología, ni tampoco precisó la correspondencia del daño a las tipologías de perjuicios reconocidas por parte de la jurisprudencia en materia administrativa, y en este sentido, no se acreditó cuál fue la consecuencia económica de la pérdida de la oportunidad.

De igual manera, no se encuentran demostrados los presupuestos axiológicos para su prosperidad, a saber (i) la falta de certeza y aleatoriedad del resultado esperado, (ii) la certeza de la existencia de la oportunidad y (iii) la pérdida definitiva de la oportunidad, toda vez que no se probó que al momento del diagnóstico la demandante se encontrara en la incertidumbre de recibir un beneficio cuantificable en caso de que el tratamiento fuera suficiente para reversar la enfermedad. En este sentido, no se encuentra acreditado ninguno de los requisitos para se estructure la pérdida de la oportunidad. Lo cual implica que deberá negarse cualquier reconocimiento por este concepto.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO

3.1. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE REPSONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA Y REALIZADO POR LA I.P.S.

Es necesario destacar que en el presente asunto no existe falla médica y por ende no se le puede endilgar ningún tipo de responsabilidad a la IPS HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E., debido a que se obró en atención a los principios de la Lex Artix. Efectivamente, cada uno de los galenos intervinientes en la atención de la señora MONTOYA (Q.E.P.D) actuaron con el mayor profesionalismo, procurando en su obligación de medios salvaguardar la salud de la paciente. De tal suerte, que las complicaciones que cursó el paciente fueron un riesgo inherente al cáncer de cérvix y de este evento, devino en una serie de graves padecimientos que culminaron con el fallecimiento de la misma, pese a la integralidad de la atención en salud y la aplicación del tratamiento clínico idóneo que está consignado a lo largo de la historia clínica.

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 desde el año 1997, en donde mediante sentencia del 3 de abril, expediente No. 9467, consejero Ponente: Dr. Carlos Betancur Jaramillo, 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*

[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.

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, 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." (Énfasis propio)

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente ilustrar cómo el máximo órgano de cierre de esta jurisdicción, ha explicado que en una declaratoria de responsabilidad médica el régimen aplicable es el de la falla probada y por tanto, compete a la parte demandante la carga de probarlo. En este sentido, se ha pronunciado el Consejo de Estado Sección Tercera, Subsección C, Sentencia del 18 de mayo de 2017, Expediente 35613, consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa:

"En cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente la Sección ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, ***en la actualidad la posición consolidada de la Sala en esta materia la constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria.*** *(…) Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende: "… los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz". Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la "lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz", se debe observar que está produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio."*

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 original).

De acuerdo con los mandatos legales y jurisprudenciales citados resulta claro que las obligaciones médicas adquiridas por la **IPS HOSPITAL RAÚL 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 a la IPS mostraron una debida diligencia en su actuar al realizar de manera pertinente y oportuna los procedimientos quirúrgicos, las ayudas diagnósticas y el suministro de insumos y medicamentos, tales como ecografía pélvica transvaginal realizada a su llegada a seguimiento el día 22 de mayo de 2019 y las subsiguientes que fueron requeridas. Lo mencionado, como se evidencia de la historia clínica del 25 de junio de 2019, que reflejan un adecuado diagnóstico:

Fecha: 21-06-2019

IDENTIFICACION:	66774781
NOMBRE:	DORA LUZ MONTOYA
TIPO ESTUDIO:	ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL
LECTURA:	

ÚTERO AUSENTE POR HISTEREECTOMIA PREVIA.

OVARIO DERECHO: MIDE 4.8X2.3CM, CON UNA IMAGEN QUISTICA SIN TABIQUES DE 2.6X1.9CM

OVARIO IZQUIERDO: MIDE 3.0X1.7 CM, DE ASPECTO ECOGRAFICO NORMAL.

NO SE OBSERVA LIQUIDO EN SACO DE DOUGLAS.

A NIVEL DE CUPULA SE OBSERVA IMAGEN ECO MIXTA DE 3.5X3.2CM SUGESTIVA DE CERVIX UTERINO

CONCLUSION:

IMAGNE ECO MIXTA EN CUPULA VAGINAL.
CORRELACIONAR CON LA CLINICA.

E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO
NIT 815000316-9
Calle 38 No. 39-75 - TELS: 2733327 - FAX: 2733419 - MAIL: financierohrob@hotmail.com
PALMIRA, VALLE DEL CAUCA
Martes, 25-Jun-2019

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL
Pág. 2 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 66774781 **CC 66774781** **MONTOYA GAMEZ DORA LUZ** **Fem, 44 Años**

ANÁLISIS Y PLAN

A LA ESPECULOSCOPIA SE OBSERVA MASA NECRORTICA Y FRIABLE QUE
OCUPA LA TOTALIDAD DEL CERVIX
SE TOMA MUESTRA REPERESNTATIVA Y SE ENVIA A PATOLOGIA
SE COLOCA MECHA VAGINAL PARA RETIRAR EN 24H
SE DA SALIDA CON METROMIDAZOL ORAL
CONTROL X CONSULTA EXTERNA CON RESULTADO DE PATOLOGIA

DIAGNÓSTICO

Orden de internación: 765200302901-FINT-503251
Principal de consulta: [N993] PROLAPSO DE LA CUPULA VAGINAL DESPUES DE HISTERECTOMIA -

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS
En internación
No se hicieron Remisiones .

Orden de internación asociada

FINT-503251
Subsidiado: EMSSANAR SAS

Dr. Carlos Agudelo D.
Ginecobstetra
R.M. 13500 SSV

PROFESIONAL: [0765] ESP. AGUDELO CARLOS (GINECOLOGO) - NIT: 16637602 - Registro: 150237 - Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

HERRERA
ABOGADOS & ASOCIADOS

Al respeto, debe destacarse que para el momento de ingreso del paciente en urgencias y una vez fue atendida, se le brindaron las ayudas diagnósticas oportunas y se dio salida con orden de control por consulta externa para analizar sus resultados conforme a patología. Conforme lo anterior, se observa que la paciente continuó recibiendo atención médica en HROB, como consta en historia clínica del 15 de julio de 2019, donde se consignan los resultados de patología, que permiten tener conocimiento de lesión neoplásica maligna. Esto conllevaba en todo caso un alto riesgo de morbilidad, que obedece al diagnóstico de cérvix, lesión y biopsia, conforme se evidencia:

DESCRIPCION MACROSCOPICA

INFORME DE PATOLOGIA H19-1502

En formol se recibe rotulado:

Biopsia masa de cérvix: Cuatro fragmentos de tejido friable, de color pardo; el mayor mide 2x1cm. Se procesa todo en una canastilla.

DESCRIPCION MICROSCOPICA

La muestra corresponde a fragmentos de lesión neoplásica maligna de tipo epitelial, constituida por cordones y nidos anastomosados de células escamosas atípicas, con incremento de la relación núcleo citoplasma, anisocariosis, hipercromatismo nuclear, nucléolos prominentes y numerosas figuras mitóticas atípicas; que en algunas áreas se encuentran circundadas por desmoplasia.

DIAGNOSTICO

Cérvix. Lesión. Biopsia:

- CARCINOMA ESCAMO-CELULAR INFILTRANTE.

Continuando y como prueba de la gran diligencia del HROB, se tiene que fruto del diagnóstico anterior, el día 18 de julio de 2019, se dio orden de valoración urgente en ginecología, así:

FECHA	HORA	CADA OBSERVACIÓN DEBE SER SEGUIDA POR LA FIRMA DEL MEDICO
18/07/2019		MC: Paciente con masa en vagina
		EA: Paciente en el momento presenta
		una ecografía reporta masa
		y la biopsia 2019/06/25 que
		reporta carcinoma escamocelular
		infiltrante. Cervix. Lesion
		SV: 110/70 mmHg T° 36.0 Spo2 98
		Pulso 43xM
		EF: No evidencia alteración
		A/P: Valoración urgente en Ginecologia

Aunado a ello, el día 23 de julio de 2019, a escasos 5 días de la orden que antecede, se dispensó atención ginecológica como se puede observar del siguiente extracto de la historia clínica de la

señora MONTOYA, y que fue relacionado en hecho séptimo de la demanda:

Justificación clínica ID : CA DE CERVIX INVASIVO INFILTRANTE
PLAN : SE ORDENAS EXMANES DE EXTENSION
RAYOS X DE TORAX Y AP LATERAL - TAC PELVICO
COLONOSCOPIA -CISTOSCOPIA-UROANALISIS-HEMOGRAMA-CREATININA-TRANSAMINASAS GOT-GPT -LDH - FOSFATASA ALCALINA
CONTROL CON RESULTADOS

Impresión diagnóstica	CIE-10	Descripción
Diagnóstico principal	C531	TUMOR MALIGNO DE EXOCERVIX
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre RODOLFO ALFREDO GARCIA LOPEZ Teléfono 2733327
Cargo Ginecologo

Como si lo anterior no fuera suficiente y en cumplimiento del deber institucional, el HROB elevó solicitud de servicios el mismo 23 de julio de 2019, donde EMSSANAR E.P.S., atendiendo a los trámites propios de los servicios para el cáncer de cérvix, consigna:

Resumen de la solicitud Lazos

Fecha y hora de la solicitud: 2019-07-23 07:41 Afiliado CC 66774781 DORA LUZ MONTOYA GAMEZ
IPS ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE - PALMIRA (VALLE) Regional: Regional Valle - Cauca
Ámbito: Ambulatorio Regimen: Subsidiado
Servicios anulados

11612012	5	01903833	FOSFATASA ALCALINA	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	3	01903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	4	01903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO - PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	2	01879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	1	01452301	COLONOSCOPIA TOTAL	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO

Este documento es informativo y no tiene validez para facturación de servicios.

Lo mismo se tiene respecto de las órdenes del HROB, pues para el 1 de agosto de 2019, se evidencia por EMSSANAR E.P.S lo siguiente:

Resumen de la solicitud Lazos

Fecha y hora de la solicitud: 2019-07-23 07:41 Afiliado CC 66774781 DORA LUZ MONTOYA GAMEZ
IPS ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE - PALMIRA (VALLE) Regional: Regional Valle - Cauca
Ámbito: Ambulatorio Regimen: Subsidiado
Servicios anulados

11612012	5	01903833	FOSFATASA ALCALINA	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	3	01903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	4	01903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO - PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	2	01879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO
11612012	1	01452301	COLONOSCOPIA TOTAL	1		Error en la integridad del registro: LA PTE DEBE ACUDIR A SU EPS CON SU PATOLOGÍA Y SOPORTES PARA INGRESO HA LA BASE DE PATOLOGÍA DE ALTO COSTO Y PARA TRATAMIENTO

Adicionalmente y conforme a los trámites administrativos propios de cada solicitud de servicios, se tiene que EMSSANAR E.P.S., tramitó las siguientes órdenes del HROB:

Numero de solicitud	Fecha de registro de la solicitud	IPS principal solicitante	Código del servicio	Descripción del servicio	Cantidad solicitada	Ambito	Estado de la solicitud	Número de autorización	Fecha de autorización	IPS principal autorizada
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P. A. O A. P. Y LATERAL -	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	573101	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002803	2019/09/09	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
12704725	2019/11/22	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	902505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003607	2019/11/23	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
12618269	2019/11/11	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR	10	HOSPITALARIO	Autorizado	2019005301	2019/11/11	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
12243710	2019/09/30	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003047	2019/09/30	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	CLINIMAGENES SAS - TULUA (VALLE)
12704725	2019/11/22	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	20010204-01	DISOLUCION 8MG/2ML (ONDANSETRON	12	AMBULATORIO	Autorizado	2019003607	2019/11/23	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
12704785	2019/11/22	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003607	2019/11/23	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
12524219	2019/10/30	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	P0001029	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO -	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003412	2019/10/31	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
12704725	2019/11/22	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	19934762-03	DEXAMETASONA FOSFATO INYECTABLE 8	6	AMBULATORIO	Autorizado	2019003607	2019/11/23	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
12545767	2019/10/31	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003412	2019/10/31	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	892501	COLONOSCOPIA TOTAL	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
12767907	2019/11/29	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003686	2019/11/29	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
12618269	2019/11/11	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	511205	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD	10	HOSPITALARIO	Autorizado	2019005301	2019/11/11	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
12524219	2019/10/30	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003412	2019/10/31	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
11338404	2019/06/21	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA	1	HOSPITALARIO	Autorizado	2019001923	2019/06/21	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
12350674	2019/10/09	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	P0001415	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO -	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003196	2019/10/09	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
12355968	2019/10/11	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	P0001028	CONSULTA DE PRIMERA VEZ - MEDICINA	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003185	2019/10/11	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
12524219	2019/10/30	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003412	2019/10/31	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
12704785	2019/11/22	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003607	2019/11/23	RED MEDICRON IPS - COOPERATIVA DE
11485572	2019/07/09	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	1	HOSPITALARIO	Autorizado	2019002105	2019/07/09	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
12651794	2019/11/15	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003427	2019/11/15	FUNDACION VALLE DE LILI - CALI (VALLE)
12704785	2019/11/22	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019003607	2019/11/23	RED MEDICRON IPS - COOPERATIVA DE
12651768	2019/11/15	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA -	923444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019005301	2019/11/15	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
11580845	2019/07/18	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	P0001412	CONSULTA DE PRIMERA VEZ - MEDICINA	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002224	2019/07/18	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA (	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	903833	FOSFATASA ALCALINA	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE
11707396	2019/08/01	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE SAN VICENTE -	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	AMBULATORIO	Autorizado	2019002449	2019/08/08	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - SEDE

Como se aprecia, a la señora MONTOYA, se le ordenaron y autorizaron durante el lapso de un poco más de 5 meses desde la detección de su cáncer de cérvix, todos y cada uno de los exámenes y procedimientos necesarios para diagnosticar y tratar su padecimiento conforme al nivel I de atención del HROB. Ahora bien, no se puede dejar de lado que el tratamiento de su patología por cuestiones de especialidad, se dieron en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, lo que prueba que el HROB, en cuanto sus competencias, desplegó las acciones que le correspondían.

Ahora bien, inclusive, para la fecha de fallecimiento de la señora MONTOYA, se tienen las siguientes notas de historia clínica:

Apertura URGENCIAS del 8-Dic-2019 02:27 pm: 44 Años
Id: 1214000

MOTIVO DE CONSULTA
TRAIDA POR BOMBEROS POR PRESENTAR DOLOR SECUNDARIO A CA DE CERVIX

ENFERMEDAD ACTUAL
PACEITEN DE 44 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA PALIDA CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CON DOLOR FAMILIAR REFEIRE CUADRO DE CA DE CERVIX DESDE HACE 5 MESES Y NO SE HA PODIDO LLEVAR A CAMBO

****NOTAS DE ENFERMERIA del 8-Dic-2019 03:04 pm: 44 Años**
Id: 2119981

EVOLUCIÓN
INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CEN MALAS CONDICINES GENERALES ES VALORADA POR LA DOCTORA BURGOS QUIEN ORDENA ANALGESIA PACIAENTE QUE ESTA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y ENTRA EN CODIGO ES REANIMADA POR LA DOCTORA SERTUCHY Y LA DOCTORRA BURGOS Y NO SALE DE CODIGO MEDICO CERTUCY LA DA POR FALLECIDA

ANÁLISIS Y PLAN
SIENDO LAS 16 H PACIETNE ENTRA EN CODIGO AZUL, SE INCIAN AMNIOBRAS DE REANIMACION, VPP ADEMAS MASAJE CARDAICO PACIETEN EN ASITOLIA SENCIA MANEJO CON ADRENALINA SE APLIACN TRES DOSIS EN INTERVALO ADEMAS SE URILIZA TUBO OROTRAQUEAL 7.5 PACIETEN QEU NO TIEN RESPUES DESPUES ÁSA A RITMO DE FIBRILACION VENTRICULAR SE REALIZA DESFIBRILACION SE CONTINUA MASAJE, PACIENTE SIN RESPUES.
SE REALIZA REANIMACION POR 20 MINUTOS SIN RESPUESTA. SE DETERMINA FALLECIDA ALAS 16+22 MIN SE INFORMA A FAMILIAR SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNION.

En el presente caso, la conducta del cuerpo médico y demás partícipes en el tratamiento del paciente fue diligente y ajustada a la *lex artis*, por lo cual no procede la declaración de responsabilidad de la IPS. Así, cabe precisar que el cáncer de cérvix que presentó la paciente en ninguna medida genera el surgimiento de obligación a cargo de la IPS demandada. Lo mencionado, comoquiera que es conocido que la obligación de los galenos nunca puede entenderse como de resultado, toda vez que el cuadro clínico suponía un amplio riesgo de complicaciones, las cuales fueron advertidas por el personal médico al paciente y a los familiares en todo momento. Claramente, no es ajeno para este proceso que el cáncer de cervix tiene un mal pronóstico, pues su tratamiento implica la realización de procedimientos que no garantizan su cura. No obstante, en el caso de la señora MONTOYA (Q.E.P.D), la gravedad de su patología requirió de tratamiento urgente lo cual fue acertado y oportuno.

Con lo anterior, se evidencia que el personal médico que atendió el procedimiento cumplió con su objetivo para lograr salvaguardar el estado de salud de la paciente y su recuperación. Sin embargo, el cáncer de cérvix en comunión con los antecedentes clínicos de la señora MONTOYA, fueron determinantes en su deceso, por ende, de ninguna manera la ocurrencia de estas complicaciones comporta responsabilidad galénica. Con todo, está demostrado en la historia clínica que se procedieron a ordenar todos los medios diagnósticos sin escatimar en esfuerzos para lograr un diagnóstico preciso, sin descuidar en el proceso el bienestar de la paciente. Tan es así, que fruto del diagnóstico se pudo establecer el tratamiento que debía recibir en nivel mayor la señora MONTOYA. Lo cual es consistente con todo el tratamiento desplegado y los procedimientos seguidos por la IPS.

En conclusión, en contra de la tesis abordada por la parte actora en su demanda, se tiene que los profesionales médicos de la IPS que atendieron a la señora MONTOYA (Q.E.P.D) cumplieron con todos los parámetros médicos y *lex artis* para el adecuado diagnóstico y tratamiento del cáncer de cervix que aquejaba a la paciente. Sin embargo, la propia naturaleza de su patología terminó con su vida, sin que ninguna responsabilidad se pueda predicar en contra de la pasiva por la natural evolución del cuadro clínico, que siempre fue de un pronóstico desfavorable. 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.

3.2. AUSENCIA DE RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL FALLECIMIENTO DE DORA MONTOYA Y EL PROCEDIMIENTO MÉDICO Y ADMINISTRATIVO.

En el presente caso está demostrada la ausencia de nexo de causalidad por los reproches que se hacen en la demanda, entre el presunto error en el diagnóstico y procedimiento médico, y el fallecimiento de la señora MONTOYA (Q.E.P.D), pues este no deviene de las gestiones de los actos médicos dispensados por parte de la I.P.S. En primer lugar, porque la atención médica desplegada por los galenos de la IPS HROB, fue totalmente diligente y perita, tal como se encuentra demostrado en la amplia literatura médica junto a la historia clínica allegada al plenario. En segundo lugar, porque en todo caso, la única causa adecuada del deceso fueron las complicaciones naturales de la patología de base, esto es, el cáncer de cervix.

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:

> *"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*

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

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 fallas endilgadas en contra de las demandadas, hubieran sido la causa adecuada y determinante del daño, pues no existen elementos probatorios que permitan acreditar tal elemento de la responsabilidad. En primer lugar, porque la atención dispensada en el **IPS HROB**, se suministró de manera diligente pese al estado complejo de la paciente. En segundo lugar, porque su fallecimiento fue una consecuencia apenas natural del avanzado estado del cáncer de cervix.

La ciencia médica es inexacta y en numerosos escenarios se dificulta encontrar un diagnóstico definitivo, un tratamiento adecuado y/o un procedimiento con menor o nulo riesgo terapéutico, aun cuando el mismo esté acorde a los protocolos médicos. Lo cierto es que en el caso de la señora MONTOYA (Q.E.P.D), la propia patología fue la causa adecuada del fallecimiento, que únicamente fue retrasado por la ciencia médica y el esmero de los galenos. Es así, como la patología posteriormente evoluciona de manera natural a las complicaciones inherentes, más no por un error en el procedimiento médico o una falta de autorización de los servicios de salud. Sobre lo anterior, la Corte Suprema de Justicia ha determinado lo siguiente:

"*…aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina que no comprometen su responsabilidad*"[4].

Sin embargo, en el presente asunto el decurso de la atención médica demuestra una evolución tórpida del paciente, pese al tratamiento multidisciplinario aplicado. Lo cual nos permite reafirmar el axioma que indica que la profesión médica es de medios y no de resultados.

En conclusión, se tiene que los dos médicos por los cuales se pretende la declaratoria de responsabilidad de las demandadas son inexistentes. No hay nexo de causalidad pues la I.P.S como se explicó, actuó conforme con la *"lex artis"* brindando el tratamiento adecuado y oportuno para los padecimientos de la señora MONTOYA (Q.E.P.D). Todo lo anterior, lleva a la conclusión de que no hay nexo de causalidad pues la única causa de la muerte tiene relación exclusivamente con el cáncer de cérvix que lastimosamente padeció la señora MONTOYA.

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción..

3.3. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA MATERIAL DE EDISON BECERRA ADAMES.

Se propone esta excepción toda vez que para el caso del demandante EDISON BECERRA, no se

[4] CSJ, Cas. Civil, Sent. Ago. 08/2011, Rad.: 2001-00778. M.P. Pedro Octavio Munar Cadena.

cumplieron las cargas jurisprudenciales y normativas que se impone para acreditar las calidades con las que pretende hacerse parte en el presente litigio como demandante. Situación que tiene como consecuencia la imposibilidad de mantenerlo vinculado al proceso y a su vez impide que el despacho se acceda a sus pretensiones. Lo anterior, toda vez que el señor BECERRA no probó su condición de compañero permanente de la señora MONTOYA (Q.E.P.D), lo cual configura de plano la falta material en la causa por activa del señor Becerra.

Frente a este tópico, el Consejo de Estado mediante sentencia definió el concepto de falta de legitimación así:

> *"LEGITIMACION EN LA CAUSA - Noción. Definición. Concepto / LEGITIMACION EN LA CAUSA - Fundamento La legitimación en la causa constituye un presupuesto procesal para obtener decisión de fondo. En otros términos, la ausencia de este requisito enerva la posibilidad de que el juez se pronuncie frente a las súplicas del libelo petitorio. (…) la legitimación en la causa corresponde a uno de los presupuestos necesarios para obtener sentencia favorable a las pretensiones contenidas en la demanda y, por lo tanto, desde el extremo activo significa ser la persona titular del interés jurídico que se debate en el proceso, mientras que, desde la perspectiva pasiva de la relación jurídico – procesal, supone ser el sujeto llamado a responder a partir de la relación jurídica sustancial, por el derecho o interés que es objeto de controversia. (…) la legitimación material en la causa alude a la participación real de las personas en el hecho o acto jurídico que origina la presentación de la demanda, independientemente de que éstas no hayan demandado o que hayan sido demandadas (…) la legitimación en la causa no se identifica con la titularidad del derecho sustancial sino con ser la persona que por activa o por pasiva es la llamada a discutir la misma en el proceso."*[5]

Por lo anterior, el despacho debe tener en cuenta la falta de legitimación en la causa por activa del señor BECERRA, quien supuestamente era el compañero permanente de la señora MONTOYA (Q.E.P.D). Sin embargo, no existe prueba ni siquiera sumaria que permita acreditar esta calidad. Sobre este particular, la ley 54 de 1990 en su artículo 4, establece lo siguiente:

> *"ARTÍCULO 4o. (Artículo modificado por el artículo 2 de la Ley 979 de 2005. El nuevo texto es el siguiente). La existencia de la unión marital de hecho entre compañeros permanentes, se declarará por cualquiera de los siguientes mecanismos:*
> *1. Por escritura pública ante Notario* ***por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes.***
> *2. Por Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido.*
> *3. Por sentencia judicial, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los Jueces de Familia de Primera Instancia. (Énfasis propio)*

En igual sentido, se precisa que las formas de acreditar esta relación son taxativas y ninguna de

[5] CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION C, SENTENCIA DEL 26 DE SEPTIEMBRE DE 2012, EXPEDIENTE 24677, C.P. ENRIQUE GIL BOTERO.

ellas corresponde a la mera afirmación del actor. Ahora bien, en gracia de discusión, se indica al despacho que nadie puede probar un hecho con su propio dicho. Es decir, él no se encuentra facultado, con una mera declaración unilateral, para probar su calidad de compañero permanente.

En conclusión, al no haberse acreditado la condición de compañero permanente, el señor BECERRA no tiene legitimación alguna en la causa por activa y por tanto NO existen razones de hecho ni de derecho para que se reconozca suma alguna a su favor. Efectivamente, no puede una parte probar un hecho con su propio dicho y por tal motivo, el H. Juez tiene que declarar probada esta excepción, pues en el plenario no existe ningún elemento de juicio que, en los términos de la ley 54 de 1990, acredite la calidad de compañero permanente del señor Becerra.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

3.4. IMPOSIBILIDAD DE RECONOCER EL LUCRO CESANTE.

En gracia de discusión, debe indicarse que en el proceso la parte actora solicita en cabeza del señor EDISON BECERRA ADAMES el reconocimiento del perjuicio material por concepto de lucro cesante, sin que se aportara prueba alguna que lo sustente. Debe mencionarse que no existe prueba del lucro cesante pues con respecto de la señora Montoya (Q.E.P.D.), no existe prueba que demuestre que devengaba un salario ni que desempeñara actividad económica alguna. Adicionalmente, tampoco hay prueba de la relación de dependencia económica del señor Becerra, razón por la cual no se reúnen los presupuestos fácticos para dar cabida al lucro. En este sentido, se destaca que, con la mera afirmación, no puede tenerse como demostrado el ingreso, ni su cuantificación o periodicidad, ya que no se allegó prueba idónea.

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 (…)"[6]

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 que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben***

[6] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 4 de diciembre de 2006 (expediente 13.168)

> ***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**."*
> *(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 señor BECERRA solicita el reconocimiento de lucro cesante derivado del lamentable deceso de la señora MONTOYA (Q.E.P.D), sin aportar prueba siquiera sumaria que acredite la actividad económica que desarrollaba y mucho menos su cuantía ni ingreso. De manera que dicha solicitud deviene improcedente, máxime, considerando el pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado que se trajo a colación. Se destaca que no existen pruebas para tener por demostrado el ingreso que dejó o dejará de percibir, pues no se allegaron soportes sobre la modalidad de contratación, la forma en la cual se pagaba el supuesto salario devengado y si cotizaba o no a salud, ya que no se allegó prueba de los desprendibles de pago o de las consignaciones periódicas recibidas y mucho menos de las certificaciones de cotización a la seguridad social.

En segundo lugar, no existe prueba alguna de la dependencia económica del señor BECERRA, respecto de la señora MONTOYA (Q.E.P.D). Sobre la necesidad de acreditar la dependencia económica de los acreedores alimentarios, la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, ha precisado:

> *"(…) Lo antes expuesto ilustra la forma en la cual no resulta del todo exacta la afirmación del Tribunal, formulada en el sentido de que los «perjuicios materiales […] se presumen en los parientes que son acreedores a obligaciones alimentarias», con el alcance de entender que, en cualquier contexto, la sola relación de parentesco contemplada en el artículo 411 del Código Civil, releva por completo de prueba a los demandantes con respecto a la efectiva generación del perjuicio material -a consecuencia del fallecimiento de aquel que alegan contribuía o podía contribuir a su sostenimiento-. Nótese a este respecto que la tajante proposición que ha sido referida ha merecido diversas puntualizaciones en las cuales la Corte ha exigido, las más de las veces, la demostración directa de la «dependencia económica», esto es de que se recibía el «apoyo efectivo» del difunto o incapacitado; o a lo menos de que se dan en concreto todos los elementos de la obligación alimentaria, estableciendo al efecto que **«no basta la simple condición de acreedor alimentario en el demandante para que la muerte por accidente de su [pariente] le cause un perjuicio actual y cierto, sino que se requiere además la demostración plena de que aquél recibía la asistencia a que por ese concepto le da derecho la ley,** o que cuando menos se encontraba en situación tal que lo capacitara para demandarla y obtenerla y que aquella estaba en capacidad*

económica para suministrársela (…)"[7] *(Énfasis propio)*

Adicionalmente, para solicitar el reconocimiento del lucro cesante en materia administrativa, es necesario que se allegue prueba de la declaración de renta de la parte que lo solicita conforme a lo normado en el artículo 10º de la Ley 58 de 1982 el cual establece:

> *"ARTÍCULO 10°. Para la tasación de los perjuicios en acciones indemnizatorias contra el Estado deberá examinarse la concordancia entre los daños alegados y la declaración de renta de las personas vinculadas a la controversia."*

De acuerdo con lo anterior, 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, especialmente las declaraciones de renta del fallecido. En consecuencia, 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.

En conclusión, al no haberse aportado prueba siquiera sumaria que permita acreditar (i) la ganancia dejada de percibir como consecuencia del hecho dañoso, (ii) la actividad económica que desarrollaba la señora MONTOYA (Q.E.P.D), ni (iii) la dependencia económica que debía existir entre el peticionario y la víctima directa, 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.

3.5. TASACIÓN EXORBITANTE DEL DAÑO MORAL.

En el asunto que nos ocupa los demandantes pretenden el reconocimiento e indemnización del daño en moral en suma de 100 SMMLV, para cada uno. Sin embargo, además de que el mismo se torna en improcedente habida de cuenta de que de ningún modo han logrado acreditar la responsabilidad de la pasiva por acción u omisión en los hechos demandados, de todas maneras, la tasación presentada para los familiares de segundo grado supera los baremos jurisprudencialmente establecidos por el Consejo de Estado. Así las cosas, es pertinente aclarar que el Consejo de Estado a partir del Acta No. 28 de 2014 fijó los baremos para reconocer y cuantificar el daño moral. En dicho sentido se enseñan los topes indemnizatorios en caso de muerte:

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

[7] CSJ, SC 11149 del 21 de agosto de 2015, Rad. No 2007-0019901

Este perjuicio se ha definido de antaño por la jurisprudencia como “el dolor, la aflicción” y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra etc. que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo. Esta afectación, conocida también como duelo, se ha calificado científicamente por la doctrina médica que ha señalado:

> *“(…) afecta prácticamente todos los aspectos de la vida de un sobreviviente. A menudo, el duelo acarrea un cambio de estatus y de papel (por ejemplo, de esposa a viuda o de hijo o hija a huérfano). También tiene consecuencias económicas y sociales (la pérdida de amigos y en ocasiones de ingreso). En primer lugar se presenta la aflicción, que es la respuesta emocional experimentada em las primeras fases del duelo (…) la aflicción, al igual que la muerte es una experiencia personal. La investigación actual ha cuestionado las nociones previas de un solo patrón “normal” de aflicción y un programa “normal” de recuperación. El hecho de que una viuda hablara con su difunto marido era considerado como una señal de perturbación emocional, que ahora se reconoce como una conducta común y útil (…)”*[8]

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales, pues en primer lugar, debe esclarecerse como ya se ha expuesto, que en congruencia con lo perseguido en la pretensión primera del acápite de declaraciones y condenas del escrito de la demanda, que el acto sobre el cual se pretende la declaratoria de responsabilidad se configure por acción u omisión de la demandada, lo que no se ha acreditado.

A su vez, los montos pretendidos desbordan los baremos jurisprudenciales citados, toda vez que se solicita para EVELINA GAMEZ CRUZ como hermana la suma de 100 SMMLV; para MARTHA CECILIA MONTOYA GAMEZ como hermana la suma de 100 SMMLV; para HADER STEIN ZÚÑIGA GAMEZ como hermano la suma de 100 SMMLV y para JAVIER CAMILO ZÚÑIGA GAMEZ como hermano la suma de 100 SMMLV., los que claramente para el caso de los hermanos desborda las reglas jurisprudenciales, que fija para este grado de parentesco la suma de 50 SMMLV. Motivo por el cual, los montos solicitados por la parte accionante no pueden ser ni reconocidos, ni cancelados a modo de indemnización.

En conclusión, es inviable el reconocimiento por daño moral en las sumas pretendidas por la parte demandante, por un lado, por cuanto no se allegaron pruebas que acrediten la responsabilidad de la pasiva y por otro, toda vez que la tasación propuesta para los familiares de segundo grado supera los baremos jurisprudencialmente establecidos. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

3.6. <u>IMPOSIBILIDAD DE EFECTUAR RECONOCIMIENTO DE SUMA ALGUNA A TÍTULO DE ALTERACIÓN A LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA O DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN, TODA VEZ QUE SE TRATA DE UNA CATEGORIA DE DAÑO SUPERADA JURISPRUDENCIALMENTE.</u>

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

Es menester resaltar que es jurídicamente improcedente condenar a quienes conforman la parte pasiva de la litis al pago de suma alguna a título de daño a las condiciones de existencia, toda vez que este concepto no tienen ninguna viabilidad jurídica. Lo mencionado, por cuanto dicha categoría de daño se encuentra totalmente desechada por la jurisprudencia, siendo improcedente entonces solicitar dicho concepto cuando a todas luces es inexistente. Lo anteriormente dicho, se acredita en sentencia del 14 de septiembre de 2011 del Honorable Consejo de Estado, en la cual se afirmó que:

> *"En relación con el perjuicio inmaterial derivado de una lesión a la integridad psicofísica de la persona**, la Sala considera necesario recoger la denominación "alteración a las condiciones de existencia", para avanzar en el estudio de esta clase de daños.***
>
> *En efecto, el daño a la vida de relación o la alteración a las condiciones de existencia no pueden comprender, de ninguna forma, el daño a la salud —comúnmente conocido como perjuicio fisiológico o biológico— comoquiera que este último está encaminado a la reparación de cualquier lesión o afectación a la integridad psicofísica.*
>
> *(…)*
>
> ***El problema de asimilar la tipología del daño a compartimentos abiertos en los que se pueden llenar o volcar una serie de bienes o intereses legítimos genera problemas en sede de la reparación integral del daño y los principios de igualdad y dignidad humana que deben orientar el resarcimiento de aquel. En efecto, con la implementación en Colombia de los conceptos de "daño a la vida de relación" de raigambre italiano y la "alteración a las condiciones de existencia" de estirpe Francés, se permitió que se implementaran en nuestro ordenamiento jurídico unos tipos de daños abiertos que en su aplicación pueden desencadenar vulneraciones al principio de igualdad material**."*
> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este caso, tenemos que el perjuicio solicitado ya no tiene cabida para el Consejo de Estado de forma independiente, por tanto, tampoco para ningún juez en virtud de la unificación jurisprudencial. En consecuencia, el honorable juez no deberá acceder a las pretensiones por concepto de alteración grave a las condiciones de existencia y/o daño a la vida de relación. En el eventual caso en que se llegare a hacer una evaluación de los perjuicios de alteración a las condiciones de existencia como afectaciones dentro de lo reclamado como daño a la salud, debe tenerse en cuenta que la jurisprudencia ha sido enfática en establecer que, la indemnización del daño a la salud está sujeta a lo probado en el proceso, **única y exclusivamente para víctima directa**. Así lo manifestó el Consejo de Estado en la Sentencia de Unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031:

> *"En consecuencia, se adopta el concepto de daño a la salud, como perjuicio inmaterial diferente al moral que puede ser solicitado y decretado en los casos en que el daño provenga de una lesión corporal, puesto que el mismo no está encaminado al restablecimiento de la pérdida patrimonial, ni a la compensación por*

la aflicción o el padecimiento que se genera con aquél, sino que está dirigido a resarcir económicamente –como quiera que empíricamente es imposible– una lesión o alteración a la unidad corporal de la persona, esto es, la afectación del derecho a la salud del individuo."[1]

En ese orden de ideas, solicito que no se reconozca indemnización alguna por concepto de alteración grave a las condiciones de existencia y/o daño a la vida de relación, ya que esta categoría se encuentra totalmente proscrita en nuestro ordenamiento jurídico desde el 2011.

En conclusión, solicito que no se reconozca indemnización alguna por concepto de daño a la vida de relación, ya que esta categoría se encuentra totalmente superada en nuestro ordenamiento jurídico desde el 2014. De igual manera, se resalta que, si se asimilara esta tipología de daño con el daño a la salud, de todos modos el H. Juez debe desestimar la pretensión, en tanto esta categoría de perjuicio sólo se le reconoce a la víctima directa quien en este caso lamentablemente falleció.

Por lo expuesto, ruego que se declare probado el medio exceptivo.

3.7. IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DE LA PÉRDIDA DE LA OPORTUNIDAD COMO PERJUICIO AUTÓNOMO.

Resulta necesario poner de presente su improcedencia, en tanto la parte demandante solicitó su reconocimiento como una tipología de perjuicio inmaterial autónoma. Sea lo primero indicar, que la pérdida de oportunidad no es un daño autónomo que pueda considerarse por sí mismo indemnizable. El daño ha sido definido como toda afrenta, detrimento, menoscabo o deterioro a los bienes jurídicos tutelados que se encuentren vinculados con el patrimonio, los bienes de la personalidad o la esfera afectiva y espiritual de quien pretenda su reconocimiento en condición de víctima. Definición que no resulta aplicable a la pérdida de oportunidad por cuanto no es un bien jurídico autónomo.

Predicar que la pérdida de oportunidad es un **perjuicio** autónomo, resulta tanto como afirmar que esta es un bien jurídico que cuenta con tutela judicial efectiva, o lo que es lo mismo, que todas las posibilidades cercenadas de obtener un beneficio o evitar un perjuicio son indemnizables. Circunstancia que a todas luces resulta desacertada si se tiene en cuenta que la frustración de las expectativas es una situación habitual en el normal desarrollo del curso de la vida.

"el derecho nada asegura frente a las posibilidades de incremento de beneficios o de evitación de perjuicios. La desgracia, el infortunio, el fracaso, la frustración de expectativas y los eventos adversos son el común denominador que deben soportar las personas en un mundo plagado de dificultades. ***Frente a tal realidad, creer que las posibilidades u oportunidades de conseguir un beneficio o evitar un perjuicio son un bien jurídico cuyo daño es por sí mismo indemnizable es una manifestación de ingenuidad****"*[9]*.(Subrayado y negrilla fuera del texto).*

En este orden de ideas, la sola posibilidad de obtener una ventaja o evitar un perjuicio no constituye un perjuicio autónomo, por cuanto lo que resulta indemnizable mediante el uso de la pérdida de oportunidad como fundamento del daño no es el cercenamiento de las posibilidades de

[1] Consejo de Estado, Sentencia 1994-00020 del 14 de septiembre de 2011. M.P. Enrique Gil Botero.
[9] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC562-2020. Febrero 27 de 2020.

obtener una ventaja o evitar un perjuicio en sí mismo sino la concreción del daño en una lesión a un bien jurídico tutelado con efectos patrimoniales o extrapatrimoniales. Sin que esto implique la creación de nuevas tipologías para el reconocimiento de perjuicios materiales e inmateriales, puesto que el efecto de estudiar la probabilidad de ocurrencia de la oportunidad es determinar la extensión del daño.

Acotado lo anterior, se pone de presente que la naturaleza jurídica de la pérdida de oportunidad como fundamento del daño resulta evidente si se tienen en cuenta las características que emanan de esta condición. Las cuales han sido determinadas por parte del Consejo de Estado, máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso Administrativa en los siguientes términos:

> *"(i) el bien lesionado no es propiamente un derecho subjetivo sino un interés jurídico representado en una expectativa legítima, la cual debe ser cierta, razonable y debidamente fundada, sobre la que se afirme claramente la certeza del daño; (ii) el objeto de reparación no es, en sí, la ventaja esperada o el menoscabo no evitado sino, únicamente, la extinción de una expectativa legítima, esto es, la frustración de la oportunidad en sí misma; (iii) la cuantificación del daño será proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido o de evitar el perjuicio final"*[10].

De esta manera, la jurisprudencia ha dado paso a concebir la pérdida de oportunidad como un fundamento del daño derivado de la lesión a una expectativa legítima diferente de los afrentas que se le pueden infligir a una persona, como son la muerte, la afectación a la integridad física, entre otros. Noción que se reitera, no tiene ninguna incidencia respecto de las tipologías de perjuicio inmaterial reconocidas por parte de la jurisprudencia. Lo cual fue expuesto con absoluta claridad por parte de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en reciente pronunciamiento:

> *"**No hay ninguna "pérdida de oportunidad" que no pueda ser catalogada como una violación de los bienes jurídicos indemnizables mediante las categorías autónomas admitidas por nuestra jurisprudencia**, tales como el daño emergente, el lucro cesante, la vida en relación o la violación de un bien protegido por la Constitución*[11]*". (Subrayado y negrilla fuera del texto)*

Debido a ello, se advierte que la pérdida de la oportunidad no es un perjuicio autónomo, sino el fundamento del daño que legitima a quien ha sufrido un perjuicio material o inmaterial a pretender su indemnización en forma proporcional a la probabilidad de su concreción al momento de la ocurrencia del hecho dañino que le impidió de manera definitiva obtener el provecho o evitar el detrimento en su patrimonio, siempre bajo la premisa de la incertidumbre del resultado esperado.

En el caso bajo estudio, se llama la atención de cómo la parte demandante estructuró la pretensión para el reconocimiento de la suma de 50 SMLMV para cada demandante en una categoría autónoma de perjuicio, correspondiente a su vez a una nueva tipología de perjuicio de naturaleza extrapatrimonial. Lo cual en los términos ya indicados resulta improcedente puesto que la pérdida de oportunidad es un fundamento del daño y no una tipología de perjuicio. Circunstancia que impide el reconocimiento de cualquier suma por este concepto. Máxime si se tiene en cuenta que la sentencia que se emita en este asunto debe estar en consonancia con los

[10] Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. Sentencia 47144. Marzo 2 de 2020.
[11] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC562-2020. Febrero 27 de 2020.

hechos y pretensiones aducidos en la demanda, en los términos del artículo 281 del Código General del Proceso.

Siendo, así las cosas, en este caso resulta improcedente el reconocimiento de cualquier suma por concepto de pérdida de la oportunidad. Lo anterior, debido a que la pretensión fue elevada como una tipología de daño inmaterial autónoma, desconociendo la naturaleza jurídica del concepto como fundamento del daño, pues se reitera, que la concepción de la perdida de la oportunidad como perjuicio autónomo no resulta adecuada, en tanto, la posibilidad de obtener un provecho o de no sufrir un perjuicio no es un bien jurídico autónomo que permita en sí mismo su indemnización.

Por otro lado, debe decirse que si se entendiera que lo que se solicitó es una pérdida de la oportunidad como el fundamento de un daño, aun cuando a partir del texto de la demanda es evidente que ello no es así, de todas maneras, no se identificó el provecho que hubiera percibido la víctima. Téngase en cuenta a este respecto que la sola afirmación de provecho no es indemnizable. En este sentido, como no se acreditó cuál fue la consecuencia económica de la pérdida de la oportunidad, es evidente que cualquier reconocimiento por este concepto es totalmente improcedente.

En conclusión, resulta evidente la improcedencia de reconocer suma alguna a la demandante por concepto de la pérdida de la oportunidad, toda vez que esta corresponde a un fundamento del daño y no a una tipología del perjuicio autónoma, como pretende hacerlo ver la demandante en el escrito de demanda. Adicionalmente, cualquier análisis respecto de los presupuestos axiológicos de la pérdida de la oportunidad resulta imposible, en tanto no es dable realizar inferencias lógicas respecto a la certeza de la oportunidad y la aleatoriedad del resultado esperado, cuando no se determinó la ventaja que se habría obtenido la señora MONTOYA. Lo cual implica que cualquier petición elevada a este respecto no esté llamada a prosperar.

Por lo anterior, respetuosamente ruego al Honorable Juez tener por probada esta excepción.

3.8. FALTA DE PRUEBA DEL DAÑO EMERGENTE.

Pese a estar acreditada la ausencia de los elementos de la responsabilidad, en gracia de discusión debe advertirse que dentro de la demanda existen unas pretensiones económicas de índole material las cuales la parte actora no logró demostrar documentalmente, pues para la procedencia y reconocimiento del daño emergente resulta totalmente necesaria su acreditación, carga que le asiste al reclamante de los perjuicios y que en este caso no se cumplió, pues no se allego prueba si quiera sumaria que permita de manera objetiva corroborar la materialización de una daño emergente y mucho menos es posible su cuantificación. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor.

El daño emergente ha sido desarrollado jurisprudencialmente como la tipología de perjuicios que comprende la pérdida de elementos patrimoniales como consecuencia de los hechos dañosos. Sin embargo, se ha establecido ampliamente que para la procedencia del reconocimiento de estos

resulta totalmente necesario acreditarlos dentro del proceso, carga que le asiste al reclamante de estos. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor.

Es claro que la parte demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización deberá estar claramente probada a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. A efectos de entender la tipología de dichos perjuicios, vale la pena rememorar lo indicado por el honorable Consejo de Estado con respecto a la definición del daño emergente en los siguientes términos:

> *"Doctrinaria y jurisprudencialmente se ha sostenido que el daño emergente (dammun emergens) es la disminución patrimonial inmediata a causa del hecho que se juzga, representada en la pérdida de elementos económicos bien por los gastos que ellos significaron en su adquisición, ora por los desembolsos futuros para recuperarlos o enmendarlos, incluso, por la constitución de un pasivo, es decir, un empobrecimiento debido a que un bien salió o saldrá del patrimonio."*[12]

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte demandante manifiesta que con ocasión al fallecimiento de la señora MONTOYA (Q.E.P.D), se causaron gastos funerarios por la suma de $6.158.928 M/Cte. Sin embargo, junto con la demanda no se anexan pruebas útiles, conducentes o pertinentes que demuestren este pago y en dicha tasación, y mucho menos puede el demandante exigir la condena en constas y la causación de intereses como concepto del daño emergente.

En este orden de ideas, es fundamental que el despacho tome en consideración que en el plenario no obra ninguna prueba que permita acreditar un daño emergente como consecuencia de las gestiones administrativas o por las atenciones médicas recibidas por parte de la señora MONTOYA (Q.E.P.D). De manera que no se debe perder de vista que la carga de la prueba de acreditar los supuestos perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte demandante. En este sentido, si dicha parte no cumple con su carga y en tal virtud, no acredita debida y suficientemente sus aparentes daños, es jurídicamente improcedente reconocer cualquier suma por dicho concepto. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por el Consejo de Estado, debido a que, sobre este particular, ha establecido lo siguiente:

> *"En cuanto a los perjuicios materiales por daño emergente consistentes en los gastos que los demandantes tuvieron que sufragar como consecuencia del hecho imputable al Estado, como lo son verbi gratia, sepultura, caja mortuoria, honorarios de abogado, etc., que se sobrevinieron con la muerte de la joven, observa la Sala*

[12] Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 14 de abril de 2010. C.P. Ruth Stella Correa Palacio

de Decisión que tales deben liquidarse de acuerdo con las pruebas aportadas en el proceso, sin que tales acreditaciones se encuentren en el proceso de marras esto en el entendido que a fin de reconocerse una suma de dinero proveniente de un perjuicio ocasionado, ***es menester que este sea real y cierto, es decir que su materialidad esté plenamente acreditada en el proceso, de lo que carece en cuanto a perjuicios materiales el presente, por lo que en este sentido la pretensión no prospera***"[13]

Es claro que las altas cortes han establecido que, para la procedencia de reconocimiento de perjuicios a título de daño emergente, es necesario que el reclamante demuestre mediante prueba suficiente que se trata de perjuicios ciertos y no hipotéticos. Lo que no sucede en el caso de marras, en tanto que la parte demandante solicita reconocimiento de perjuicios a título de daño emergente, sin que prueben siquiera sumariamente la causación de dichos perjuicios. Carga que les asiste por ser los reclamantes del daño, según los términos jurisprudenciales mencionados.

Ahora bien, frente al supuesto daño emergente, se allegó la factura de venta No. 19171 del 8 de diciembre de 2019, con la leyenda de "cancelado", por parte del señor JOHN EDISON MONTOYA GÁMEZ, por la suma de $730.000 M/Cte., expedida por Funeraria Inversiones y Planes de la Paz Ltda., así como documental que certifica por este establecimiento de comercio la prestación de servicios funerarios por la misma suma, la cual es totalmente distinta a la pretendida por los actores con la demanda. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara ni suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor, por lo cual se convierten en suposiciones infundadas y exorbitantes que deberán ser negadas por el juzgador, pues no es esta permitido suponerlas.

El artículo 617 del estatuto tributario señala los requisitos que debe cumplir la factura la factura de venta, que son los siguientes:

1. *Estar denominada expresamente como factura de venta.*
2. *Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.*
3. *Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.*
4. *Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.*
5. *Fecha de su expedición.*
6. *Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.*
7. *Valor total de la operación.*
8. *El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.*

[13] Consejo de Estado, Sección Tercera - Subsección B, Sentencia del 24 de enero de 2019. C.P: Ramiro Pazos Guerrero

9. *Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.*

Conforme con los requisitos mencionados, de las documentales de notas, se evidencia que las mismas no cumplen todos los requisitos que la norma exige, pues de la factura de venta No. 19171, no se incluye la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas, y en cuanto a la certificación del 29 octubre del 2021, esta de ninguna manera cumple con los requisitos señalados, y llama la atención que su expedición data de casi dos años posteriores al fallecimiento de la señora MONTOYA.

Como puede observar el despacho, ninguna de las documentales cumple a cabalidad con los requisitos que exige la norma para ser tenida como soporte del daño reclamado. En este sentido, al no existir prueba idónea, no puede presumirse el daño emergente por la parte actora sin que su dicho sea sustentado mediante prueba o elemento de juicio suficiente para acreditar alguna pérdida o erogación causada como consecuencia del fallecimiento. Es claro que jurisprudencialmente se ha establecido que en tanto no se demuestre mediante prueba la causación del daño emergente, es jurídicamente improcedente considerar reconocer algún emolumento por este concepto. De modo que no le queda otro camino al despacho, sino desestimar las pretensiones de los demandantes en lo relacionado con el daño emergente, puesto que no cumplió con la carga de probarla.

En conclusión, una vez revisadas las pruebas obrantes en el plenario del proceso, no cabe duda de que no existe ninguna que acredite la causación de daño emergente. Razón suficiente para que no se le reconozca ninguna suma indemnizatoria por esta tipología de perjuicios, en tanto que no se encuentra probado. Máxime, cuando el Consejo de Estado fue totalmente claro en indicar que éstos no se presumen, sino que se deben probar. Razón suficiente para solicitar al Despacho que desestime la pretensión invocada por las Demandantes en lo relacionado con el daño emergente.

3.9. GENÉRICA O INNOMINADA.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 282 de la Ley 1564 del 2012[14], solicito sea declarada cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o al contrato de seguro utilizado para convocar a mi representada al presente litigio mediante los llamamientos en garantía.

Por lo expuesto, solicito respetuosamente a la judicatura en su deber, declarar probada esta

[14] *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. Cuando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada. Si el Juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia. Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el Juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.

excepción.

CAPITULO II
REITERACIÓN CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EMSSANAR E.P.S. S.A.S.

I. FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL PRIMERO: Es parcialmente cierto. Si bien el señor EDISON BECERRA ADAMES y otros, por intermedio de apoderado judicial han instaurado el medio de control que nos ocupa, este hecho solo es cierto en cuanto el mismo se formuló de manera directa frente a EMSSANAR E.P.S. S.A.S., pero de ninguna manera frente a ASEGURADORA SOLILDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

FRENTE AL SEGUNDO: Es falso. De ninguna manera se ha suscrito la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, anexo 0 y 1, entre EMSSANAR E.P.S. S.A.S., y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., pues tal contrato de seguro como se ha sostenido y se demuestra con la documental que lo soporta, se suscribió únicamente entre mi representada y el HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E., sobre los ámbitos de cobertura ofrecidos por mi mandante. Se itera, que los amparos descritos en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, se encuentran sujetos a los ámbitos de cobertura, límites, sublímites, las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también, si se comprueba una causal de exclusión.

En tal virtud, se debe tener en cuenta desde ahora que de acuerdo al negocio jurídico celebrado, quien figura como tomador y asegurado es el HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E., y como beneficiarios los terceros afectados. Es decir, que de ninguna manera existe relación contractual o legal entre EMSSANAR E.P.S. S.A.S., y mi poderdante, siendo que la llamante en garantía no se encuentra legitimada por activa para solicitar la vinculación de mi prohijada, y esta no está legitimada por pasiva para comparecer.

Finalmente, se reitera, el contrato de seguro materializado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, anexo 0 y 1, no presta cobertura material frente a errores administrativos, pues dicho riesgo no se encuentra amparado, sin perjuicio de que quien llama en garantía no está legitimado para tal acto.

FRENTE AL TERCERO: Es cierto, y con ello se desvirtúa el hecho primero. Entre mi representada y el Hospital Raúl orejuela Bueno E.S.E, se suscribió la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, que comprende una vigencia entre el día 28 de febrero de 2019 y hasta el día 28 de febrero de 2020, se hizo bajo la modalidad de cobertura claims made. En ella se amparan las indemnizaciones que el asegurado debiese pagar en virtud de las reclamaciones presentadas por primera vez durante el periodo del seguro y por hechos sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada (28 de febrero del 2015).

En tal virtud, se debe tener en cuenta desde ahora que el seguro no presta cobertura temporal, toda vez que, como se apunta, el mismo fue pactado bajo la modalidad “claims made”, y siendo

que su vigencia inició el día 28/02/2019 y terminó el 28/02/2020, y atendiendo a que la primera reclamación al asegurado se hizo por fuera de dicha vigencia con ocasión del 10 de diciembre de 2021 con la solicitud de conciliación prejudicial, es evidente que la póliza que se busca afectar no presta la referida cobertura. Inclusive, si se tomara como fecha de la reclamación el día de celebración de la audiencia de conciliación, esto es, el 22 de febrero de 2022, de todos modos, la reclamación se hizo por fuera de la vigencia de la póliza.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE A LA PRIMERA: ME OPONGO, pese a que el llamamiento en garantía formulado por EMSSANAR E.P.S. S.A.S., ya ha sido admitido, esto no es óbice para que en representación de mi asegurada no me pronuncie sobre los fundamentos fácticos y jurídicos sustento del mismo.

Si bien entre mi representada y el Hospital Raúl orejuela Bueno E.S.E, se suscribió la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, que comprende una vigencia entre el día 28 de febrero de 2019 y hasta el día 28 de febrero de 2020, se hizo bajo la modalidad de cobertura **CLAIMS MADE**. En ella se amparan las indemnizaciones que el asegurado debiese pagar en virtud de las reclamaciones presentadas por primera vez durante el periodo del seguro y por hechos sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada (28 de febrero del 2015).

En tal virtud, se debe tener en cuenta desde ahora que el seguro no presta cobertura temporal, toda vez que, como se apunta, el mismo fue pactado bajo la modalidad “claims made”, y siendo que su vigencia inició el día 28/02/2019 y terminó el 28/02/2020, y atendiendo a que la primera reclamación al asegurado se hizo por fuera de dicha vigencia con ocasión del 10 de diciembre de 2021 con la solicitud de conciliación prejudicial, es evidente que la póliza que se busca afectar no presta la referida cobertura. Inclusive, si se tomara como fecha de la reclamación el día de celebración de la audiencia de conciliación, esto es, el 22 de febrero de 2022, de todos modos, la reclamación se hizo por fuera de la vigencia de la póliza.

Por otro lado, no se puede pasar por alto que: **(i)** la EPS no tiene legitimación para llamar en garantía a mi representada, toda vez que no figura como tomadora, asegurada ni beneficiaria en el seguro y **(ii)** que el seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales no cubre actos de la EPS, como lo sería una eventual falta de autorización de procedimientos y adicionalmente, tampoco cubre la responsabilidad en que incurra esta última. Se reitera, el único asegurado es el Hospital Raúl de Palmira.

FRENTE A LA SEGUNDA: NO ME OPONGO, en el sentido de que no se trata de una pretensión, sino más bien, a la referencia del derecho de defensa que le asiste a la llamante en garantía como demandada directa, y a mi representada en su calidad de llamada en garantía.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1.- FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE EMSSANAR E.P.S. S.A.S., PARA LLAMAR EN GARANTÍA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA RESPECTO DE LA PÓLIZA No. 420-88-994000000020.

Se invoca el medio de excepción habida cuenta de que frente al llamamiento en garantía

formulado por EMSSANAR E.P.S. S.A.S., esta carece de legitimación en la causa por activa, esto con motivo de que de las condiciones del contrato de seguro contenido en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, el llamante no figura como asegurado, tomador, ni beneficiario, lo que refulge que entre tal entidad y mi representada no existe relación legal o contractual que permita la eventual afectación del contrato de seguro.

Así las cosas, el Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo, al respecto ha manifestado:

> "El Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejero Ponente doctor MARTIN BERMÚDEZ MUÑOZ, en sentencia proferida el 27 Noviembre 2019 dentro de proceso con radicado No. 05001-23-33-000-2015-00124-02, respecto a la competencia de un llamado en garantía para proponer la excepción previa de falta de legitimación en la causa por pasiva determinó: "La falta de legitimación en la causa se predica de las partes en el proceso en sentido amplio, y este concepto abarca a otras partes y terceros y no solo a quienes ocupen el extremo pasivo o activo de la relación procesal como demandantes o demandados. (...) T. del llamamiento en garantía, **estará legitimado en la causa por pasiva para ser llamado, de conformidad con el artículo 64 del CGP y el artículo 225 del CPACA, aquella persona con quien el demandado afirme tener una relación legal o contractual que lo obliga a soportar un fallo adverso a esta.** (...) Así, al dictar sentencia, el juez no solo se va a pronunciar respecto de la relación procesal que vincula al demandante y al demandado, sino que también se va a pronunciar respecto de la relación procesal entre demandado y llamado en garantía. (...) **En virtud de lo anterior, respecto de la relación procesal que vincula al demandado y al llamado en garantía, también sería necesario acreditar su legitimación en la causa.** Es decir, **verificar el vínculo contractual o legal que fundamenta el llamamiento para así determinar si el demandado podía formular llamamiento en contra del llamado, y si el llamado está en la obligación legal o contractual de asumir un fallo adverso al demandado**. (...) Lo anterior encuentra sustento también en el hecho de que, de conformidad con lo establecido en el artículo 66 del CGP, el llamado en garantía tiene la posibilidad de contestar la demanda y/o el llamamiento, lo que naturalmente implica que las excepciones que se pueden proponer en uno u otro caso son diferentes, pues atacan relaciones sustanciales distintas. (...) **Así las cosas, es procedente que un llamado en garantía proponga las excepciones de falta de legitimación en la causa, tanto por activa como por pasiva, respecto de su propia causa, es decir el fundamento legal o contractual que lo vincula con el demandado** ... " (Negrillas intencionales).

El Código General del Proceso en su artículo 64 establece el llamamiento en garantía de la siguiente manera:

> "Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para

contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación."

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia AC2900-2017 se refiere a esta figura en los siguientes términos:

> "... la figura del «llamamiento en garantía», la cual se ha considerado como un tipo de intervención forzosa de un tercero, quien por virtud de la ley o de un contrato ha sido solicitada su vinculación al juicio, a fin de que, si el citante llega a ser condenado a pagar una indemnización de perjuicios, aquel le reembolse total o parcialmente las sumas que debió sufragar, por virtud de la sentencia. El fundamento, entonces, de esa convocatoria, es la relación material, puesto que lo pretendido es transferir al citado las consecuencias pecuniarias desfavorables previstas para el convocante interviniente en el litigio e insertas en el fallo. La vinculación de aquél se permite por razones de economía procesal y para brindarle la oportunidad de ejercer su derecho de defensa, en la pretensión de reembolso formulada por la parte citante."

Por su parte la Ley 1437 de 2011 dispone:

> "Artículo 225. Llamamiento en garantía. Quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación ..."

Ahora bien, respecto del trámite y al momento procesal en que se debe resolver este tipo de excepción, y de la razón por la que se propone como de mérito, deviene entre otras, del pronunciamiento del Honorable Tribunal Administrativo de Antioquia, que en providencia del 22 de agosto de 2019, sostuvo:

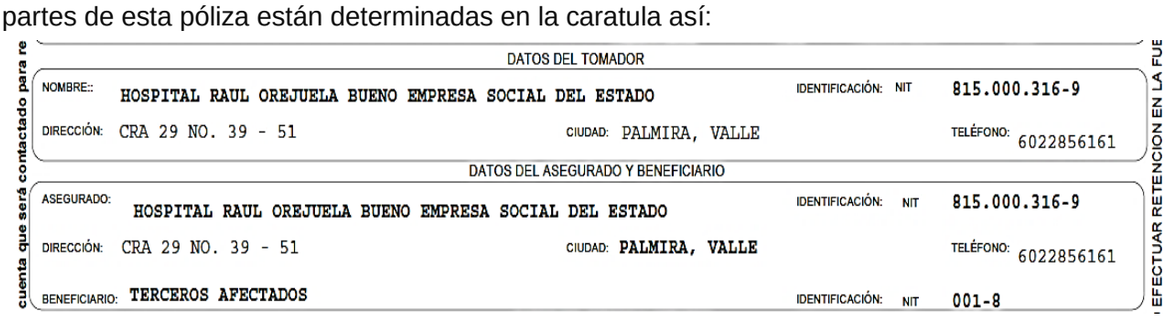
> "Ahora, es pertinente agregar que la legitimación en la causa es de esa clase de excepciones que se denominan mixtas, toda vez, que pueden revolverse en audiencia inicial en el momento de decidir las excepciones previas cuando se hace referencia a la legitimación formal, pero **cuando se trata de ta legitimación material encaminada a establecer la ausencia de responsabilidad dicha excepción pierde el carácter de previa y debe resolverse en la sentencia así lo ha indicado el Consejo de Estado en providencia que se cita** (...) ." (Negrillas y comillas del suscrito). "Aun cuando el Consejo de Estado en forma más reciente indicara que la legitimación en la causa por pasiva de hecho, se entiende como un requisito de procedibilidad de la demanda, pues se refiere a la capacidad del demandado para ser parte en el proceso, mientras que la legitimación en la causa por pasiva material, constituye un requisito para la prosperidad de las pretensiones, lo cierto es que la posición mayoritaria de la Sala Cuarta de Oralidad a la que pertenece la suscrita Magistrada, se orienta a que la legitimación en la causa por pasiva, incluso la de hecho se resuelva en la sentencia (...)"

En complemento, el Honorable Consejo de Estado en providencia del 18 de mayo de 2021, refirió frente al trámite para resolver las excepciones en la jurisdicción de lo contencioso administrativo,

lo siguiente:

> "15. Por otra parte, en lo que tiene que ver con las llamadas excepciones mixtas -cosa juzgada, caducidad, transacción, conciliación, falta manifiesta de legitimación en la causa y prescripción extintiva -, el artículo 38 de la mencionada Ley 2080 de 2021, 50 modificatorio del artículo 175 del CPACA, de manera expresa señala que constituyen causal de sentencia anticipada, lo que significa que se estudiaran y resolverán: (i) bien sea en la sentencia anticipada -en caso de que se tenga certeza «manifiesta» de su prosperidad-, o (ii) en la sentencia de mérito al resolver el fondo del asunto - normalmente en el evento de prosperar las pretensiones de la demanda, ya que, en caso de que se nieguen, en principio, por sustracción de materia, carecería de sentido resolver excepciones.
>
> 16. Es importante aclarar, que las excepciones mixtas son aquellas que están encaminadas a atacar la relación jurídico sustancial, es decir, defensas que podían, indistintamente, aducirse como excepciones de fondo atendiendo su naturaleza y/o, como previas. 51 Son esas excepciones de mérito que por su naturaleza y, en algunos casos, facilidad probatoria, podrían proponerse como previas, pero conservan las consecuencias materiales sobre el proceso, es decir, que de encontrarse demostradas devienen en una sentencia negatoria temprana. Ello no significa que produzcan los efectos de los medios defensivos previos, sino, que pueden declararse en las etapas primigenias del proceso.
>
> 17. Se reitera, que en el marco de la versión original del CPACA (artículo 180, numeral 6) el legislador había permitido que las excepciones mixtas fuesen resueltas de manera anticipada en la audiencia inicial, junto con las excepciones previas, en virtud del principio de economía procesal. Pero, luego de la expedición de la Ley 2080 de 2021, 52 artículo 38, se insiste, las excepciones mixtas se estudian y resuelven únicamente, ya sea en la sentencia anticipada -en caso de que se tenga certeza <<manifiesta» de su prosperidad-, o en la sentencia de mérito al resolver el fondo del asunto"[15] (Lo señalado fuera del texto)

Con el extenso fundamento jurídico y normativo, es momento de demostrar a la Judicatura, que dado a que EMSSANAR E.P.S. S.A.S., no tiene un vínculo contractual con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., toda vez que este último no es ni beneficiario, ni asegurado y tampoco tomador de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, la E.P.S., carece de legitimación en la causa por activa, ya que las partes de esta póliza están determinadas en la caratula así:



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

cuenta que será contactado para re

EFECTUAR RETENCION EN LA FUE

[15] Consejo De Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Segunda. CP Sandra Lisset !barra Vélez. Dieciocho (18) de mayo de dos mil veinte uno (2021). Radicado: 11001032500020140125000 (4045-2014)

En conclusión, los efectos adversos de una eventual condena que se llegase a proferir en contra de EMSSANAR E.P.S. S.A.S., no pueden recaer en ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. - llamado en garantía, pues al no tener el llamante en garantía la calidad de asegurado o beneficiario de la póliza no está legitimado para afectar la misma, siendo que sin aceptar responsabilidad, quien podría llamar en garantía sería el HROB.

Por todo lo acotado, ruego al fallador declarar probada esta excepción.

2.- FALTA DE COBERTURA MATERIAL TOTAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 420-88-994000000020. - EL CONTRATO DE SEGURO NO AMPARA LOS ACTOS DE EMSSANAR E.P.S

De la narrativa de la demanda se desprende que los hechos que la motivan se circunscriben a una presunta falla de prestación del servicio médico, de la cual sostiene la demandante, derivó el fallecimiento de la señora MONTOYA, el día 8 de diciembre de 2019, razón por la que el demandante imputa responsabilidad. Sin embargo, partiendo del llamamiento en garantía formulado por EMSSANAR E.P.S., frente a mi mandante, tenemos que esta no reviste de ningún tipo de relación frente a mi poderdante, ya que la entidad asegurada en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, es el HOSPITAL RAÚL OREJUELA, por lo que los perjuicios ocasionados por la E.P.S., no tienen cobertura.

Es fundamental que el despacho tome en consideración que, en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la compañía aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que está expuesto el interés asegurado. Es de esta forma, como se explica que al suscribir el contrato aseguraticio respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, de tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes.

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

> *(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento "de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual* ***se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado"****.*
> *Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de*

conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (…)". (Subrayado y negrilla fuera del texto original)[16]

Lo mencionado, debe ser interpretado armónicamente con los principios generales del derecho comercial denominados "autonomía de la voluntad" y "buena fe", tal como lo explica la Corte Constitucional en sentencia T-065 de 2015, de la siguiente manera:

*"**La celebración y ejecución de los contratos civiles y comerciales debe desarrollarse de acuerdo con los principios de la autonomía de la voluntad y la buena fe**. Así lo señala el Código Civil en sus artículos 1602 y 1603, y la Constitución Política en su artículo 83. El primero de estos principios, también conocido como pacta sunt servanda, establece que las personas naturales o jurídicas tienen la facultad de contraer libremente obligaciones y/o derechos mediante la celebración de contratos. Una vez manifiestan allí su voluntad y llegan a un acuerdo, el contrato se transforma en una ley para las partes. Su terminación queda sujeta a la realización de un nuevo acuerdo, o al cumplimiento de una de las causales previstas en la ley o en el mismo contrato. Por lo tanto, mientras no hayan establecido otra cosa, ninguna de ellas queda autorizada para alterar los términos contractuales de manera unilateral porque, de lo contrario, le impondría a la otra una obligación, o le concedería un derecho que jamás consintió. Lo anterior implica que, por regla general y sin perjuicio de las excepciones consagradas en la ley, cualquier modificación de un contrato debe estar sometida al concurso de todas las personas que lo celebraron.*

[…]

*5.3. Según lo ha puesto de presente la jurisprudencia de la Corte, **tratándose específicamente de un contrato de seguro, la buena fe que se espera de las partes es cualificada**. Es decir, que la persona no solo debe tener conciencia de celebrar y ejecutar el contrato de acuerdo con la naturaleza de la relación jurídica y la finalidad que persiguen los firmantes. Sino que, además, debe tener certeza de que efectivamente lo está haciendo. De esta manera, la buena fe aplicable a este tipo de situaciones exige un elemento subjetivo, que se refiere a la intensión del actor, y un objetivo, que tiene que ver con la efectiva realización del comportamiento esperado.*

*5.4. **En conclusión, la celebración y ejecución de un contrato de acuerdo con los principios de la autonomía de la voluntad y la buena fe, le permite a cada uno de los contratantes confiar en la palabra del otro y tener una expectativa cierta de los efectos jurídicos del acuerdo celebrado**. De esta manera, la alteración unilateral de alguno de los términos contractuales, o su lectura literal y*

[16] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

maliciosa, se traducirían en un acto sorpresivo que traicionaría la confianza depositada." (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

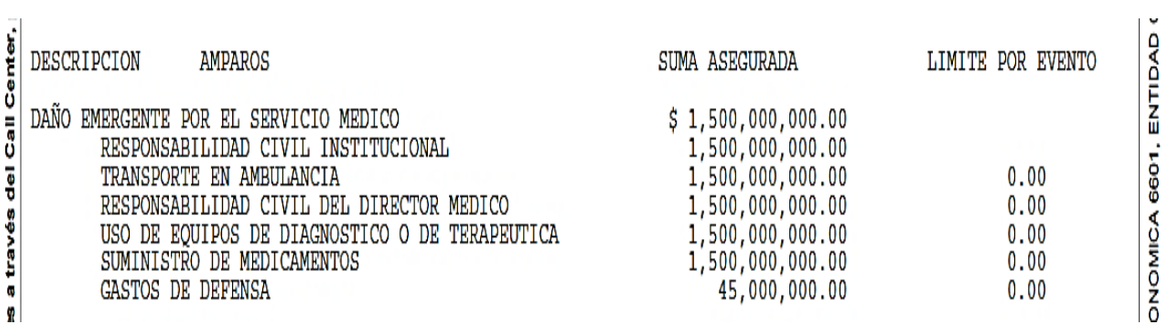
De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos.

Entonces, en el caso que nos convoca, y como lo hemos mencionado, mi representada a través de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, amparó la responsabilidad civil médica del HROB, y como quiera que quien llama en garantía no ostenta la calidad de tomador, asegurado o beneficiario, se configura una falta de legitamación en la causa tanto por activa como por pasiva, lo que decanta en que el referido contrato de seguro no ofrece cobertura material frente a EMSSANAR E.P.S. En otras palabras, **el contrato de seguro materia del llamamiento en garantía no puede ser afectado por los actos que haya realizado EMSSANAR E.P.S pues esta entidad no es asegurada dentro de la póliza.**

Subsidiariamente, sin que ello implique reconocimiento alguno de responsabilidad en cabeza de las demandadas y únicamente en el remoto e hipotético evento en el que se considere la existencia de un supuesto error administrativo por la falta de autorización de algún procedimiento o insumo requerido, pese a no estar demostrada esta situación en este momento pues el demandante no la acreditó, solamente bajo ese hipotético escenario la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 420-88-994000000020, no prestará cobertura material, pues ninguno de los amparos contratados cubre ese riesgo.

En este orden de ideas y como se ha venido exponiendo de forma trasversal en el documento, no resulta jurídicamente admisible trasladar una eventual obligación indemnizatoria a mi poderdante, como quiera que la póliza no presta cobertura material. Lo anterior, aterrizado al caso concreto quiere decir que, de la mera lectura del contrato de seguro contenido en la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 420-88-994000000020, se entiende que allí no se amparó el riesgo por errores administrativos o autorizaciones médicas.

En otras palabras, mi representada exclusivamente cubre la responsabilidad civil profesional por los amparos nombrados en la carátula de la póliza, cuando por ellos el asegurado deban asumir un daño derivado de una reclamación basada en una responsabilidad de la cual se pretenda obtener una indemnización. Sin embargo, no debe perderse de vista que la póliza en mención, no cubre materialmente la responsabilidad en la que incurra por errores administrativos. Como se lee:



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

En ese sentido, con el objetivo de aclarar y demostrar totalmente la falta de cobertura material, se

detallen a continuación los amparos contratados en póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 420-88-994000000020 y sus respectivas definiciones.

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.

En conclusión, tal como puede observar el despacho, está demostrado que ninguno de los amparos contratados en la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 420-88-994000000020, ofrece cobertura material para el riesgo por supuestos errores administrativos derivados de autorizaciones médicas de ningún tipo, es decir, y de manera enfática se afirma, que no se cubren los actos de EMSSANAR E.P.S., habida cuenta de que esta entidad no está asegurada en el contrato de seguro expedido por mi mandante. Razón por la que, en el hipotético caso de que se encuentre probado un error de este tipo, deberá declararse probada la presente excepción. Se reitera, pese a que en este momento no se encuentra demostrada esta situación.

3.- <u>INEXISTENCIA DE COBERTURA Y CONSECUENTEMENTE DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DADA LA MODALIDAD TEMPORAL (CLAIMS MADE) SUSCRITA EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000020.</u>

Se invoca el medio exceptivo, atendiendo que se ha pactado que la póliza citada opere bajo la modalidad de cobertura “claims made”, lo que simboliza que los hechos que revistan responsabilidad amparada deben ser reclamados dentro de la vigencia del contrato de seguro, siendo que la vigencia de la póliza en el caso concreto se enmarca entre el día 28/02/2019 y el día 28/02/2020, y la primera reclamación se surtió el día 10 de diciembre de 2021, con ocasión de la solicitud de audiencia de conciliación prejudicial, por lo que en consecuencia y por ser el reclamo posterior al vencimiento de la vigencia, el contrato de seguro no presta cobertura temporal, con mayor razón si la reclamación se entiende surtida con la fecha de celebración de la audiencia de conciliación, esto es, el 22 de febrero de 2022.

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

> *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.*

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

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

Si bien el artículo 1131 del Código de Comercio estipula que el siniestro se entiende ocurrido "*en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado*", con la precitada norma se permitió, a través del pacto expreso entre contratantes, que se amparen hechos anteriores a la vigencia del seguro (retroactividad), bajo la condición de que la reclamación se realice dentro de la referida vigencia. Esto no quiere decir que el requerimiento sea requisito para que se configure la responsabilidad, sino que la obligación de pago de la aseguradora se sujeta al reclamo en el curso de la póliza.

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido la modalidad *claims made* y su posibilidad de coexistir con las demás disposiciones que se encuentran en el Código de Comercio:

> *"Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero,* ***si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido****, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual"*[17]*.* (negrita fuera del texto original)

Con la Ley 389 de 1997 y lo estipulado en materia del contrato de seguros por el Código de Comercio, se configura una doble exigencia a la hora de reclamar por el acaecimiento de un

[17] 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.

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"*[18]. (negrita adrede)

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 el caso que nos ocupa, se tiene que el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. **420-88-994000000020**, concertada entre el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.**, y mi representada, fue pactada bajo modalidad *"Claims Made",* como se puede apreciar:

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.

Complementariamente, en el condicionado general de la póliza que nos ocupa, frente a la cobertura temporal tenemos que:

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.

En consecuencia, para que opere la cobertura de la póliza, debe acreditarse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, que la primera reclamación con ocasión a los hechos que

[18] Ibíd.

motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia de la reseñada póliza, lo que no ha sucedido, y por tanto, esta garantía no debe afectarse.

Para aclarar en lo que concierne a la reclamación, la misma hace referencia a cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa imputable al asegurado. En este sentido, de la revisión del material documental aportado con la demanda, se observa que la presentación de la solicitud de conciliación, hecho que constituye la primera reclamación, se dio el 10 de diciembre de 2021, esto es, por fuera del periodo de vigencia del contrato de seguro.

Por tal razón, cabe relacionar la vigencia de la póliza que nos atiende y sus certificados así:

- Póliza No. **420-88-994000000020** anexo 0: 28/02/2019 hasta 28/02/2020.
- Póliza No. **420-88-994000000020** anexo 1: 28/02/2019 hasta 28/02/2020.

Con base en lo anterior, no se efectuó la comunicación o requerimiento al asegurado o aseguradora de petición de resarcimiento en la vigencia del contrato. Atendiendo lo previsto legal y contractualmente, solamente se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas al asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza, y como se indicó, esta situación no se presentó con el contrato objeto del llamamiento en garantía. Entonces, de acuerdo a la modalidad de cobertura explicada, debe necesariamente concluirse por el Juzgado que dicha póliza no tendría cobertura temporal, debido a que la reclamación a la entidad asegurada se presentó por fuera de la vigencia pactada en el contrato de seguro.

En conclusión, es claro que la póliza opera bajo la modalidad de cobertura “claims made”, y que su vigencia inicia el 28/02/2019 y termina el día 28/02/2020, siendo que el primer reclamo se realizó el día 10 de diciembre de 2021, por lo que el contrato de seguro no presta cobertura temporal.

Por lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

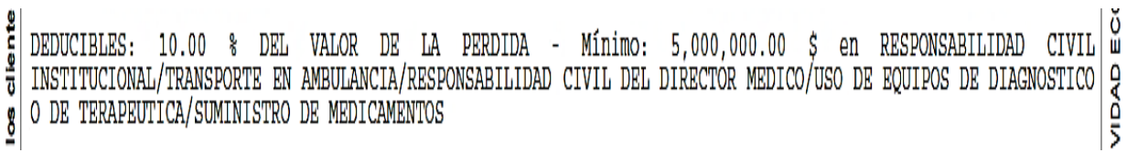
4.- <u>EXISTENCIA DE UN DEDUCIBLE QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL ASEGURADO.</u>

Adicionalmente y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay responsabilidad de mi representada, ni de los demás argumentos expuestos atrás, también se debe tener presente que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupa, se impuso una carga al asegurado o al beneficiario en caso de siniestro, por virtud de la cual este asumirá una parte del mismo, esto es, el deducible.

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.”*

Entonces, lo que se denomina deducible, corresponde a una suma de dinero del valor del siniestro que se asumirá como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las caratulas de la póliza expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., se concertó un deducible el cual corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado. En este caso se pactó de manera específica un deducible que corresponde al 10,00% del valor de la pérdida, mínimo por $5.000.000, como se enseña a continuación:


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

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.*

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

> *"…Sin embargo, es preciso señalar que en nuestro ordenamiento jurídico no existe disposición que obligue al asegurador a indemnizar conforme a determinado régimen específico, en consecuencia, sea que la incapacidad o la lesión se acredite en las formas mencionadas en su comunicación, la fijación del monto de la indemnización se rige por las estipulaciones que al respecto hubieren pactado el tomador y el asegurador.*
> *Dicho esto, en una póliza donde se ampara la responsabilidad civil extracontractual el monto de la indemnización puede verse disminuido si las partes han pactado que un porcentaje de la pérdida se asumirá a título de deducible por el asegurado, convenio que resulta legalmente viable, de acuerdo con nuestro ordenamiento mercantil.*
> *En efecto, la Sección I del Capítulo II, Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado "...deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño".*

Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador

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

Por tanto, el valor del ofrecimiento extendido por la compañía aseguradora, podría variar en función de los perjuicios sufridos por el reclamante, así como los elementos probatorios que se hubieren allegado para acreditar el valor de la pérdida, conforme lo presupuestado en el artículo 1077 del código de comercio, aunado a las condiciones generales y particulares pactadas en la póliza, como lo son el límite del valor asegurado, el deducible pactado con el asegurado, entre otros factores.[19]
Ruego al despacho tener en cuenta cada una de las condiciones establecidas en la póliza en comento, haciendo especial hincapié en la suma amparada mediante el contrato y al deducible pactado en el mismo. De igual manera, solicito que en el remoto evento de que se llegare a encontrar responsable al asegurado, se apliquen todas y cada una de las cláusulas y condiciones del contrato de seguro.

Por todos los argumentos fácticos y jurídicos anteriormente esbozados, solicito de manera respetuosa señor Juez, que se declare probada esta excepción.

5.- LÍMITE ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICA Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000020.

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. En el caso en concreto se establecieron unos límites, los cuales se encuentran sujetos a la disponibilidad de la suma asegurada. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando dicha suma, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra del asegurado.

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

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

[19] Superfinaciera (2019). Concepto 2019098264. “Seguros, Pago de Indemnización, Seguro de Responsabilidad Civil”. Agosto 29.

ción de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE 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

N - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NC

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.

Como se probó con el clausulado del documento aportado, si se presentaran otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderá como una sola pérdida y la obligación de mi representada está limitada a la suma asegurada, conforme a lo dispuesto en los Arts. 1079 y 1089 del Código de Comercio. Es decir, el límite global del valor asegurado por vigencia anual se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas. La suma indicada en la carátula de Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020 es el límite máximo de responsabilidad de la compañía por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia anual del seguro.

De este modo, en ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de la compañía puede exceder este límite durante la vigencia anual, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros. Según el condicionado materializado en Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020, el límite máximo de responsabilidad pactado fue de $1.500.000.000, **sublimitado al 30% del valor asegurado en la póliza por evento para el reconocimiento de perjuicios extrapatrimoniales (morales, daño a la salud, afectación a derechos constitucional o convencionalmente protegidos y lucro cesante).**

Conforme a lo señalado anteriormente, en este caso en particular, no queda duda sobre las sumas aseguradas. Como fuere, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

6.- DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 Código de Comercio, 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 mismo hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que para la fecha de la sentencia se han realizado pagos con cargo al valor asegurado, habrá de reducirse entre monto en los correspondientes rubros pagados.

7.- LA INNOMINADA O GENÉRICA.

La fundamento en todos los hechos exceptivos que demostrados en el proceso sean favorables a la entidad que represento, por tanto acudo a lo estipulado en el artículo 282 de la Ley 1564 de 2012, si de los hechos alegados por las partes se encuentra alguna excepción que deba declararse de oficio.

CAPÍTULO III
CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E., PÓLIZAS No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004

I. FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL 1: No es un hecho que describa, pruebe o acredite la existencia de una relación sustancial entre el llamante en garantía y el llamado, por ello, no cumple con la finalidad contemplada en el artículo 225 del C.P.A.C.A., la cual es establecer la existencia de una relación sustancial por parte de quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir. Así las cosas, solo se hace referencia al contrato No. 115-2EC190001, siendo que las condiciones que atarían a mi representada frente al llamante solo serían las contenidas en el contrato de seguro, y no frente a uno que no se ha incorporado sobre la póliza, razón por la cual no emitiré mayor pronunciamiento.

FRENTE AL 2: Parcialmente cierto. Si bien entre mi representada y el Hospital Raúl orejuela Bueno E.S.E, se suscribieron las Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, que comprende para la primera una vigencia entre el día 28-02-2019 y hasta el día 28-02-2020, y para segunda una vigencia acumulada para sus certificados 0, 1, 2 y 3, desde el 28-02-2016 y hasta el 28-02-2019, se hizo bajo la modalidad de cobertura **CLAIMS MADE**. En ellas se amparan las indemnizaciones que el asegurado debiese pagar en virtud de las reclamaciones presentadas por primera vez durante el periodo del seguro y por hechos sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada (28 de febrero del 2015).

En tal virtud, se debe tener en cuenta desde ahora que los seguros no prestan cobertura temporal, toda vez que, como se apunta, los mismos fueron pactados bajo la modalidad “claims made”, y siendo que su vigencia inició el día 28-02-2019 y hasta el día 28-02-2020, y para segunda una vigencia acumulada para sus certificados 0, 1, 2 y 3, desde el 28-02-2016 y hasta el 28-02-2019, y atendiendo a que la primera reclamación al asegurado se hizo por fuera de dichas vigencia con ocasión del **10 de diciembre de 2021** con la solicitud de conciliación prejudicial, es evidente que las pólizas que se busca afectar no prestan la referida cobertura. Inclusive, si se tomara como fecha de la reclamación el día de celebración de la audiencia de conciliación, esto es, el 22 de febrero de 2022, de todos modos, la reclamación se hizo por fuera de las vigencias de las pólizas.

FRENTE AL 3 (Numerado nuevamente como 2 en el llamamiento): No se trata de un hecho. Únicamente se afirma que las pólizas No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, amparan la responsabilidad civil extracontractual de llamante, sin embargo, se aclara que lo que se ampara es la responsabilidad civil profesional médica institucional, amparo que solo puede ser afectado cuando se encuentre probada la responsabilidad del asegurado, atendiendo las especiales condiciones del contrato de seguro, límites, sublímites, deducibles, exclusiones y además la modalidad de dicha cobertura, la cual se ha pactado bajo la cláusula "Claims Made", donde la exigencia para cubrir el riesgo, es que el hecho haya sucedido dentro de la vigencia de la póliza y además, la primera reclamación entendida esta como un escrito dirigido al asegurado o aseguradora solicitando indemnización, se haya elevado dentro de la misma vigencia, es decir, la condición es doble, de no suceder ambos eventos durante la vigencia, el contrato de seguro no presta cobertura temporal y no puede ser afectado.

FRENTE AL 3: No se trata de un hecho, sino de una petición. No obstante, me opongo desde ya a una declaración de responsabilidad, en el sentido de que mi representada no debe ser condenada. Efectivamente, no existe fundamento para que el HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E., sea condenado y en esa medida sea necesario analizar el objeto y alcance del seguro, por lo que la pretensión tácita del llamamiento de imponer responsabilidad a mi representada es infundada y en esos términos me opongo a dicha declaración.

De todas maneras, se debe tener en cuenta desde ahora que los seguros no prestan cobertura temporal, toda vez que, como se apunta, los mismos fueron pactados bajo la modalidad "claims made", y siendo que su vigencia inició el día 28-02-2019 y hasta el día 28-02-2020, y para segunda una vigencia acumulada para sus certificados 0, 1, 2 y 3, desde el 28-02-2016 y hasta el 28-02-2019, y atendiendo a que la primera reclamación al asegurado se hizo por fuera de dichas vigencia con ocasión del **10 de diciembre de 2021** con la solicitud de conciliación prejudicial, es evidente que las pólizas que se busca afectar no prestan la referida cobertura. Inclusive, si se tomara como fecha de la reclamación el día de celebración de la audiencia de conciliación, esto es, el 22 de febrero de 2022, de todos modos, la reclamación se hizo por fuera de las vigencias de las pólizas.

II. FRENTE A LA INEXISTENTE O TÁCITA PRETENSIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Nos oponemos, toda vez que no puede surgir obligación indemnizatoria alguna en cabeza de mi representada, por cuanto las Pólizas De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, cuya vigencia para la primera comprende desde el día 28-02-2019 y hasta el día 28-02-2020, y para segunda una vigencia acumulada para sus certificados 0, 1, 2 y 3, desde el 28-02-2016 y hasta el 28-02-2019, **no ofrecen cobertura temporal**, dada su modalidad "Claims Made". En efecto, la primera reclamación no se realizó dentro de la vigencia de la misma, pues esta solo se surtió hasta el día 10 de diciembre de 2021, con ocasión de la solicitud de conciliación prejudicial, por lo que la cobertura de notas se hace inoperante. Aún si se tuviera como fecha de reclamación la de la audiencia de conciliación prejudicial, que se surtió el día 22 de febrero de 2022, tampoco presta cobertura, lo que impide la afectación del seguro.

Ahora bien, verificado el escrito de llamamiento en garantía, se evidencia que en el mismo no se consigna una sola pretensión declaratoria o condenatoria en contra de la aseguradora que represento, razón por la cual y atendiendo el principio de congruencia, no podrá afectarse la póliza

de citas, pues no le es dable al juez declarar lo que no se ha pedido, haciendo inoperante el reconocimiento de emolumento alguno.

Adicionalmente, frente a las Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, se aclara que la obligación indemnizatoria de la aseguradora que represento sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure alguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal. Bajo ese entendido, conforme se ha señalado a lo largo de este escrito, ante la ausencia de la responsabilidad deprecada en el Hospital, se impide que salga avante la imputación realizada por lo que se concluye que no se configuró o realizó el riesgo asegurado.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1.- CONGRUENCIA ENTRE LA SENTENCIA Y LO SOLICITADO EN EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

En este punto téngase en cuenta que, verificado el escrito de llamamiento en garantía, se evidencia que en el mismo no se encuentra consignada una sola pretensión declaratoria o condenatoria en contra de la Aseguradora que aquí represento, por lo que no hay lugar al reconocimiento de pretensiones que claramente no fueron solicitadas en la oportunidad procesal correspondiente. En ese sentido, es necesario señalar que el principio de congruencia es la regla del derecho procesal, en virtud del cual el Juez se encuentra obligado a que sus decisiones sean concordantes con los hechos y pretensiones que se presentan en los escritos que se elevan ante los Despachos. El artículo 281 del Código General del Proceso, contempla los preceptos que debe seguir el Juez en sus sentencias de la siguiente forma:

> ***"ARTÍCULO 281. CONGRUENCIA.*** *La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley. No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en esta. Si lo pedido por el demandante excede de lo probado se le reconocerá solamente lo último.*
>
> *En la sentencia se tendrá en cuenta cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda, siempre que aparezca probado y que haya sido alegado por la parte interesada a más tardar en su alegato de conclusión o que la ley permita considerarlo de oficio.*
>
> *PARÁGRAFO 1o. En los asuntos de familia, el juez podrá fallar ultrapetita y extrapetita, cuando sea necesario para brindarle protección adecuada a la pareja, al niño, la niña o adolescente, a la persona con discapacidad mental o de la tercera edad, y prevenir controversias futuras de la misma índole.*
>
> *PARÁGRAFO 2o. En los procesos agrarios, los jueces aplicarán la ley sustancial*

teniendo en cuenta que el objeto de este tipo de procesos es conseguir la plena realización de la justicia en el campo en consonancia de los fines y principios generales del derecho agrario, especialmente el relativo a la protección del más débil en las relaciones de tenencia de tierra y producción agraria.

En los procesos agrarios, cuando una de las partes goce del amparo de pobreza, el juez de primera o de única instancia podrá, en su beneficio, decidir sobre lo controvertido o probado aunque la demanda sea defectuosa, siempre que esté relacionado con el objeto del litigio. Por consiguiente, está facultado para reconocer u ordenar el pago de derechos e indemnizaciones extra o ultrapetita, siempre que los hechos que los originan y sustenten estén debidamente controvertidos y probados.

En la interpretación de las disposiciones jurídicas, el juez tendrá en cuenta que el derecho agrario tiene por finalidad tutelar los derechos de los campesinos, de los resguardos o parcialidades indígenas y de los miembros e integrantes de comunidades civiles indígenas".

En virtud de lo anterior, se puede concluir que: i) no es válido emitir fallos ultra petita, es decir, sentencias en las cuales se condene al demandando por una cantidad superior a la solicitada en el líbelo de la demanda, o sentencias que concedan más de lo pedido. ii) Tampoco se pueden emitir fallos extra petita, es decir, sentencias en las cuales se condene al demandado con base en pretensiones distintas a las deprecadas en la demanda y iii) no pueden ser proferidas sentencias por causas distintas a las invocadas en el petitum de la demanda. En cuanto a la importancia del principio de congruencia, la Corte Constitucional ha indicado:

"La jurisprudencia de esta Corporación ***ha definido el principio de congruencia "como uno de los elementos constitutivos del derecho fundamental al debido proceso consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política, en la medida que impide determinadas decisiones porque su justificación no surge del proceso por no responder en lo que en él se pidió, debatió, o probó****. Además ha establecido que siempre que exista falta de congruencia en un fallo se configurara un defecto y, por tanto, será procedente la tutela contra providencia judicial con el fin de tutelar el derecho constitucional fundamental al debido proceso.*
(…)
24.2. De lo expuesto hasta el momento, se puede concluir que el juez debe tomar su decisión de manera congruente con los hechos, pretensiones y excepciones probadas dentro del proceso. ***Por lo tanto, no podrá proferir una sentencia en la que se pronuncie acerca de algo que no fue solicitado por las partes (extra petita) o en la que otorgue más de lo pedido (ultra petita),*** *pero tampoco podrá fallar sin pronunciarse acerca de todas las pretensiones, pues de lo contrario deberá explicar de manera suficiente las razones por las cuales omitió referirse a algún pedimento.* ***El principio de congruencia de la sentencia, además garantiza el oportuno uso del derecho de defensa por parte de las partes, puesto que les permite hacer uso de cada una de las herramientas establecidas en la ley para ello***[20]*."* (Subrayado y negrilla fuera de texto)

[20] Sentencia T-455 de 2016, Corte Constitucional. Magistrado Ponente: ALEJANDRO LINARES CANTILLO.

En este orden de ideas, resulta incuestionable que el juez al momento de fallar no podrá desbordarse de las pretensiones propuestas. Es claro entonces que la sentencia que resuelve la demanda está sometida al principio de congruencia. Así las cosas, se evidencia a través de preceptos legales y jurisprudenciales que el Juez está en la obligación de garantizar el derecho de defensa y debido proceso dentro de las actuaciones judiciales, a las partes intervinientes en el proceso, en el sentido de no proferir sentencia sobre aspectos adiciones a los solicitados por las partes, o que no hayan sido solicitados. Teniendo en cuenta todo lo previamente mencionado, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Se evidencia en el escrito del llamamiento que el mismo no contiene pretensiones formuladas en contra de la compañía se seguros que represento, desconociendo lo estipulado en el artículo 82 del Código General del Proceso.

Así las cosas y de la lectura del escrito no se evidencia ninguna pretensión en la cual se solicite hacer efectiva la póliza de seguro emitida por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, pese a que en cualquier caso ello resultaría improcedente. Razón por la cual, el Juez no podrá ordenar el pago de suma alguna en cabeza de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, cuando es claro que el llamante en garantía en ningún momento solicitó la afectación de la póliza de seguro emitida por mi representada.

En congruencia con lo expuesto, se debe precisar que de conformidad con los postulados contenidos en el artículo 65 de la Ley 1564 de 2012, al llamamiento en garantía le son predicables las exigencias propias de la demanda, lo que consecuentemente permite dar aplicación expresa a las disposiciones del artículo 82 ibídem..

En conclusión, se evidencia como en el presente asunto la parte no siguió los lineamientos dispuestos en los artículos 65 y 82 del Código General del Proceso para la presentación del llamamiento en garantía, pues ni siquiera planteó pretensiones en el escrito. Es por ello que, bajo el principio de congruencia, al juez no le es dable en el contenido de la sentencia ordenar la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada. Razón por la cual, el Juez no podrá pronunciarse o decidir más allá de lo consignado en las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, y de la lectura de estos documentos, se denota que la parte llamante no solicitó la afectación de la Póliza en mención. Por lo que no procederá reconocimiento de emolumento alguno.

2.- FALTA DE COBERTURA MATERIAL PARCIAL DE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004.

Esta excepción se propone sin que ello implique reconocimiento alguno de responsabilidad en cabeza de la IPS demandada y únicamente en el remoto e hipotético evento en el que se considere la existencia de un supuesto error administrativo por la falta de autorización de algún procedimiento o insumo requerido, pese a no estar demostrada esta situación en este momento pues el demandante no la acreditó. Solamente bajo ese hipotético escenario, las pólizas de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, no prestarán cobertura material, pues ninguno de los amparos contratados cubre ese riesgo. Es decir, a la luz del artículo 1056 del C.Co., el H Juez debe tomar en consideración que el riesgo trasladado a mi representada fue la responsabilidad civil profesional, más no la responsabilidad civil derivada de presuntos errores administrativos y/o de autorizaciones.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma como se explica que, al suscribir el contrato de seguro respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo. De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. En este sentido, el precitado artículo establece lo siguiente:

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

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

> *"(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento "de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual* ***se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado".***[21] (Subrayado y negrilla fuera del texto)

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos. En este orden de ideas y como se ha venido exponiendo de forma trasversal en el documento, no resulta jurídicamente admisible trasladar una eventual obligación indemnizatoria a mi poderdante, como quiera que la póliza no presta cobertura material. Lo anterior, aterrizado al caso concreto quiere decir que, de la mera lectura de los contratos de seguro contenidos en la pólizas de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, se entiende que allí no se amparó el riesgo por errores administrativos o autorizaciones médicas.

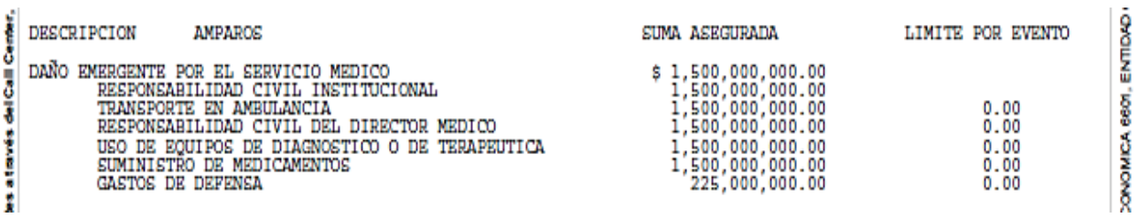
En otras palabras, mi representada exclusivamente cubre la responsabilidad civil profesional por los amparos nombrados en la carátula de la póliza, cuando por ellos el asegurado deban asumir un daño derivado de una reclamación basada en una responsabilidad de la cual se pretenda obtener una indemnización. Sin embargo, no debe perderse de vista que la póliza en mención, no cubre materialmente la responsabilidad en la que incurra por errores administrativos. Como se lee:

[21] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

- Póliza No. 420-88-994000000020:

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

- Póliza No. 720-88-994000000004:



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

En ese sentido, con el objetivo de aclarar y demostrar totalmente la falta de cobertura material, se detallen a continuación los amparos contratados en las pólizas de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, y sus respectivas definiciones.

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.

En conclusión, tal como puede observar el despacho, está demostrado que ninguno de los amparos contratados en las pólizas de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, ofrecen cobertura material para el riesgo por supuestos errores administrativos derivados de autorizaciones médicas de ningún tipo. Razón por la que, en el hipotético caso de que se encuentre probado un error de este tipo en cabeza de la IPS asegurada, deberá declararse probada la presente excepción. Se reitera, pese a que en este momento no se encuentra demostrada esta situación.

3.- <u>INEXISTENCIA DE COBERTURA Y CONSECUENTEMENTE DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DADA LA MODALIDAD TEMPORAL (CLAIMS MADE) SUSCRITA EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004.</u>

Se invoca el medio exceptivo, atendiendo que se ha pactado que las pólizas citadas operen bajo la modalidad de cobertura “claims made”, lo que significa que los hechos que revistan responsabilidad deben ser reclamados dentro de la vigencia de los contratos de seguro, siendo que la vigencia de la póliza en el caso concreto para la primera comprende desde el día 28-02-

2019 y hasta el día 28-02-2020, y para segunda una vigencia acumulada para sus certificados 0, 1, 2 y 3, desde el 28-02-2016 y hasta el 28-02-2019. Ahora, no se puede pasar por alto que la **primera reclamación se surtió el día 10 de diciembre de 2021**, con ocasión de la solicitud de audiencia de conciliación prejudicial, por lo que en consecuencia y por ser el reclamo posterior al vencimiento de la vigencia, los contratos de seguro no prestan cobertura temporal, con mayor razón si la reclamación se entiende surtida con la fecha de celebración de la audiencia de conciliación, esto es, el 22 de febrero de 2022.

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

> *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.*

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

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

Si bien el artículo 1131 del Código de Comercio estipula que el siniestro se entiende ocurrido "*en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado*", con la precitada norma se permitió, a través del pacto expreso entre contratantes, que se amparen hechos anteriores a la vigencia del seguro (retroactividad), bajo la condición de que la reclamación se realice dentro de la referida vigencia. Esto no quiere decir que el requerimiento sea requisito para que se configure la responsabilidad, sino que la obligación de pago de la aseguradora se sujeta al reclamo en el curso de la póliza.

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido la modalidad *claims made* y su posibilidad de coexistir con las demás disposiciones que se encuentran en el Código de Comercio:

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

de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual"[22]*.* (negrita fuera del texto original)

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

"Por su parte, las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, ***porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado****, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso"*[23]. (negrita adrede)

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 el caso que nos ocupa, se tiene que el contrato de seguro documentado en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, concertada entre el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.**, y mi representada, fue pactada bajo modalidad *"Claims Made",* como se puede apreciar:

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.

Complementariamente, en el condicionado general de las pólizas que nos ocupan, frente a la cobertura temporal tenemos que:

[22] 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.
[23] Ibíd.

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.

En consecuencia, para que opere la cobertura de las póliza, debe acreditarse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, que la primera reclamación con ocasión a los hechos que motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia de la reseñada póliza, lo que no ha sucedido y por tanto, esta garantía no debe afectarse. Para aclarar en lo que concierne a la reclamación, la misma hace referencia a cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa imputable al asegurado. En este sentido, de la revisión del material documental aportado con la demanda, se observa que la presentación de la solicitud de conciliación, **hecho que constituye la primera reclamación, se dio el 10 de diciembre de 2021**, esto es, por fuera del periodo de vigencia del contrato de seguro.

Por tal razón, cabe relacionar la vigencia de la póliza que nos atiende y sus certificados así:

- Póliza No. **420-88-994000000020** anexo 0: 28/02/2019 hasta 28/02/2020.
- Póliza No. **420-88-994000000020** anexo 1: 28/02/2019 hasta 28/02/2020.
- Póliza No. **720-88-994000000004** anexo 0: 28/02/2016 hasta 28/02/2017.
- Póliza No. **720-88-994000000004** anexo 1: 28/02/2017 hasta 28/02/2018.
- Póliza No. **720-88-994000000004** anexo 2: 28/02/2018 hasta 28/02/2019.
- Póliza No. **720-88-994000000004** anexo 3: 28/02/2019 hasta 28/02/2019.

Con base en lo anterior, no se efectuó la comunicación o requerimiento al asegurado o aseguradora de petición de resarcimiento en la vigencia del contrato. Atendiendo lo previsto legal y contractualmente, solamente se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas al asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza y como se indicó, esta situación no se presentó con el contrato objeto del llamamiento en garantía. Entonces, de acuerdo con la modalidad de cobertura explicada, debe necesariamente concluirse por el Juzgado que dicha póliza no tendría cobertura temporal, debido a que la reclamación a la entidad asegurada se presentó por fuera de la vigencia pactada en el contrato de seguro.

En conclusión, es claro que las pólizas operan bajo la modalidad de cobertura “claims made”, y que en atención a sus vigencias, y siendo que el primer reclamo se realizó el día 10 de diciembre de 2021, los contratos de seguro no prestan cobertura temporal.

Por lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

4.- NO ES EXIGIBLE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO – INEXISTENCIA DE SINIESTRO EN LAS PÓLIZAS No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004.

Se invoca el medio de excepción atendiendo a que, de las pruebas aportadas con la demanda y frente al llamamiento en garantía formulado frente a mi representada, no existe mérito para entender realizado el riesgo asegurado, pues no se demuestra la responsabilidad de la IPS Asegurada. Claramente, la debida diligencia y la inexistencia de nexo causal impiden declarar la existencia de siniestro alguno en los términos del artículo 1072 del C.Co.

Al respecto, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

> *"ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado."*

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que, en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma, como se explica que al suscribir el contrato aseguraticio respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, de tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes.

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

> *(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento "de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual* ***se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado"****.*
>
> *Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (…)".* (Subrayado y negrilla fuera del

texto original)[24]

Lo anteriormente mencionado, debe ser interpretado armónicamente con los principios generales del Derecho Comercial denominados “autonomía de la voluntad” y “buena fe”, tal como lo explica la Corte Constitucional en sentencia T-065 de 2015, de la siguiente manera:

> *“**La celebración y ejecución de los contratos civiles y comerciales debe desarrollarse de acuerdo con los principios de la autonomía de la voluntad y la buena fe**. Así lo señala el Código Civil en sus artículos 1602 y 1603, y la Constitución Política en su artículo 83. El primero de estos principios, también conocido como pacta sunt servanda, establece que las personas naturales o jurídicas tienen la facultad de contraer libremente obligaciones y/o derechos mediante la celebración de contratos.*
> *Una vez manifiestan allí su voluntad y llegan a un acuerdo, el contrato se transforma en una ley para las partes. Su terminación queda sujeta a la realización de un nuevo acuerdo, o al cumplimiento de una de las causales previstas en la ley o en el mismo contrato. Por lo tanto, mientras no hayan establecido otra cosa, ninguna de ellas queda autorizada para alterar los términos contractuales de manera unilateral porque, de lo contrario, le impondría a la otra una obligación, o le concedería un derecho que jamás consintió. Lo anterior implica que, por regla general y sin perjuicio de las excepciones consagradas en la ley, cualquier modificación de un contrato debe estar sometida al concurso de todas las personas que lo celebraron.*
> *[…]*
> *5.3. Según lo ha puesto de presente la jurisprudencia de la Corte, **tratándose específicamente de un contrato de seguro, la buena fe que se espera de las partes es cualificada**. Es decir, que la persona no solo debe tener conciencia de celebrar y ejecutar el contrato de acuerdo con la naturaleza de la relación jurídica y la finalidad que persiguen los firmantes. Sino que, además, debe tener certeza de que efectivamente lo está haciendo. De esta manera, la buena fe aplicable a este tipo de situaciones exige un elemento subjetivo, que se refiere a la intensión del actor, y un objetivo, que tiene que ver con la efectiva realización del comportamiento esperado.*
> *5.4. **En conclusión, la celebración y ejecución de un contrato de acuerdo con los principios de la autonomía de la voluntad y la buena fe, le permite a cada uno de los contratantes confiar en la palabra del otro y tener una expectativa cierta de los efectos jurídicos del acuerdo celebrado**. De esta manera, la alteración unilateral de alguno de los términos contractuales, o su lectura literal y maliciosa, se traducirían en un acto sorpresivo que traicionaría la confianza depositada.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos.

[24] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

Así las cosas, se reitera que no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto no hubo lesión o daño atribuible a la IPS asegurada. Esto, en razón a que como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, hubo total diligencia durante la prestación del servicio médico. En consecuencia, no existe siniestro en el presente asunto, toda vez que no hubo daño imputable al asegurado, pues de las documentales obrantes en el proceso se pudo establecer que las atenciones médicas estuvieron acorde a los diagnósticos que presentó la señora MONTOYA (Q.E.P.D) y el lamentable fallecimiento ocurrió como resultado de las mismas patologías derivadas de la grave patología de cáncer de cérvix y su avanzada evolución.

En conclusión, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, puesto que no hubo certeza sobre las causas de los daños por los que se llama a juicio al Hospital Raúl de Palmira, toda vez que como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, el fallecimiento del paciente obedeció a situaciones ajenas a la IPS Asegurada por lo que las pretensiones del llamamiento en garantía están destinadas al fracaso.

Ruego declarar probada la excepción.

5.- CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004.

Sin perjuicio de las demás excepciones propuestas, es menester advertir que en las condiciones pactadas en el contrato de seguro documentado en las pólizas No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, se establecieron unos parámetros que enmarcan la obligación contraída por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, delimitando el riesgo asumido por esta. Ahora bien, tal como lo señala el Artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

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

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

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

29 del referido contrato de seguro."[25]

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 las Pólizas No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, en su clausulado o condiciones, relaciona una serie de exclusiones que según lo probado en el proceso deberán aplicarse.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de las pólizas de cita, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza de la aseguradora como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

Suplico declarar probada la excepción.

6.- <u>CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DEL CONTRATO DE SEGURO.</u>

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

Es decir no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

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

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

> ***"<u>Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento.</u>*** *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*

[25] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B,. Mayo 27 de 2020.

texto).

En consonancia, es preciso citar el artículo 1127 del Código de Comercio, que dispone:

> "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…"

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de perjuicios inmateriales, no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte del asegurado, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte de la pasiva que nada tuvo que ver ni con la causa que desencadena en el fallecimiento de la señora MONTOYA.

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 hay responsabilidad alguna de las demandadas en el fallecimiento de la señora MONTOYA (Q.E.P.D), máxime si se tiene en cuenta que respecto de los perjuicios materiales no existe prueba alguna que permita su reconocimiento. Además, que respecto de la pérdida de oportunidad y el daño a la vida de relación, los mismos resultan inexistentes en el derecho de resarcimiento de perjuicios. Adicionalmente, porque la solicitud por los supuestos perjuicios morales 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 un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

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

7.- <u>EXISTENCIA DE UN DEDUCIBLE QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL ASEGURADO.</u>

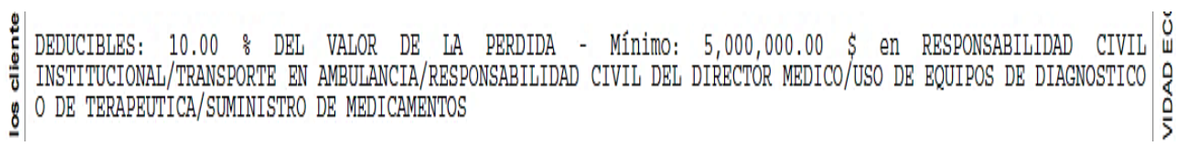
Adicionalmente y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay responsabilidad de mi representada, ni de los demás argumentos expuestos atrás, también se debe tener presente que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupa, se impuso una carga al

asegurado, por virtud de la cual este asumirá una parte del mismo, esto es, el deducible.

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."*

Entonces, lo que se denomina deducible, corresponde a una suma de dinero del valor del siniestro que se asumirá como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las caratulas de las pólizas expedidas por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., se concertó un deducible el cual corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado. En este caso se pactó de manera específica un deducible que corresponde al 10,00% del valor de la pérdida, mínimo por $5.000.000, como se enseña a continuación:


los clientes

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

VIDAD EC

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.*

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

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

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

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

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

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

Por todos los argumentos fácticos y jurídicos anteriormente esbozados, solicito de manera respetuosa señor Juez, que se declare probada esta excepción.

8.- <u>LÍMITE ASEGURADO EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICA Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004.</u>

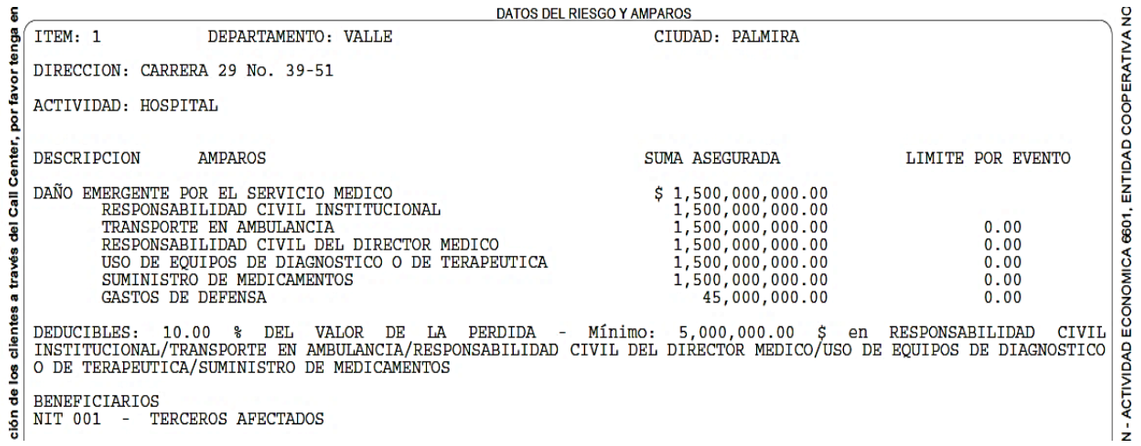
En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. En el caso en concreto se establecieron unos límites, los cuales se encuentran sujetos a la disponibilidad de la suma asegurada. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando dicha suma, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra del asegurado.

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

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en las Pólizas de

Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

- Póliza No. 420-88-994000000020:



DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE 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

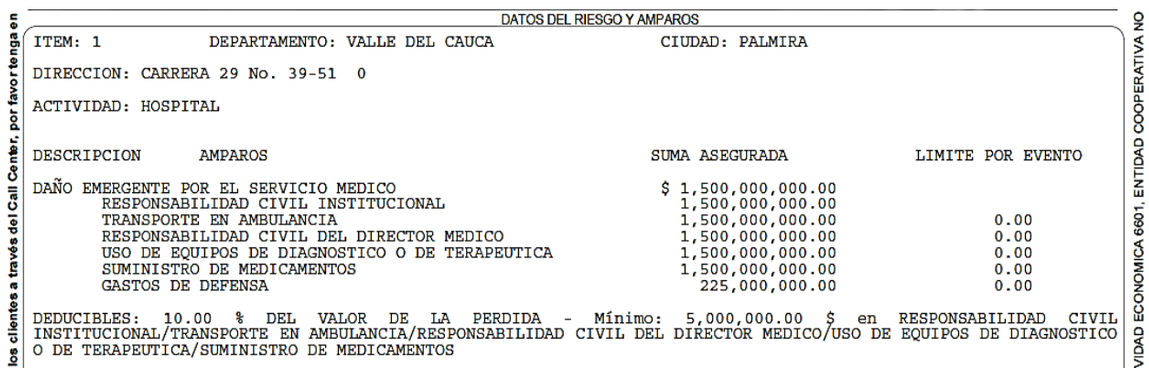
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

ción de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en

N - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO

- Póliza No. 720-88-994000000004:



DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA 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

los clientes a través del Call Center, por favor tenga en

VIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO

Como se probó con el clausulado del documento aportado, si se presentaran otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderá como una sola pérdida y la obligación de mi representada está limitada a la suma asegurada, conforme a lo dispuesto en los Arts. 1079 y 1089 del Código de Comercio. Es decir, el límite global del valor asegurado por vigencia anual se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas. La suma indicada en la carátula de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, es el límite máximo de responsabilidad de la compañía por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia anual del seguro.

De este modo, en ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de la compañía puede exceder este límite durante la vigencia anual, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros.

Según el condicionado materializado en la Póliza No. 420-88-994000000020, el límite máximo de responsabilidad pactado fue de $1.500.000.000, **sublimitado al 30% del valor asegurado en la póliza por evento para el reconocimiento de perjuicios extrapatrimoniales (morales, daño a la salud, afectación a derechos constitucional o convencionalmente protegidos y lucro**

cesante).

De igual manera, para la Póliza No. 720-88-994000000004, certificado 1, **sublimitado al 20% del valor asegurado en la póliza por evento para el reconocimiento de perjuicios extrapatrimoniales (morales, daño a la salud, afectación a derechos constitucional o convencionalmente protegidos y lucro cesante).,** y sobre el 30% para el certificado 2.

Conforme a lo señalado anteriormente, en este caso en particular, no queda duda sobre las sumas aseguradas. Como fuere, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

9.- DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 Código de Comercio, 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 mismo hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que para la fecha de la sentencia se han realizado pagos con cargo al valor asegurado, habrá de reducirse entre monto en los correspondientes rubros pagados.

10.- LA INNOMINADA O GENÉRICA.

La fundamento en todos los hechos exceptivos que demostrados en el proceso sean favorables a la entidad que represento, por tanto acudo a lo estipulado en el artículo 282 de la Ley 1564 de 2012, si de los hechos alegados por las partes se encuentra alguna excepción que deba declararse de oficio.

CAPÍTULO IV
PRUEBAS Y ANEXOS

- **DOCUMENTALES**

Solicito se tengan como tales las siguientes:

1. Carátulas de las Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004, con sus respectivos anexos.
2. Condicionado general de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000020 y 720-88-994000000004.
3. Certificado Superintendencia Financiera de Colombia de Aseguradora Solidaria.
4. Poder especial conferido al suscrito para actuar.
5. Copia de cédula de ciudadanía del suscrito.
6. Copia tarjeta profesional del suscrito abogado.

- **TESTIMONIALES:**

1.- Doctor CARLOS AGUDELO CARLOS (GINECOLOGO) – identificado con la cédula de ciudadanía No.16.637.602–, a quien se la podrá notificar a través del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E, ubicado en la carrera 29 no. 39-51 de Palmira, email. - notificacionesjudiciales@hrob.gov.co , o a través del suscrito Apoderado.

2.- Doctor MONDRAGON MONTAÑO ANDERSON (MEDICO FAMILIAR) identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.401.497, a quien se podrá notificar a través del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E, ubicado en la carrera 29 no. 39-51 de palmira, correo electrónico notificacionesjudiciales@hrob.gov.co , o a través del suscrito Apoderado.

3.- Doctor GARCIA RODOLFO (GINECOLOGO) – identificado con la cédula de ciudadanía No. 8.756.531, a quien se podrá notificar a través del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E, ubicado en la carrera 29 no. 39-51 de palmira, correo electrónico notificacionesjudiciales@hrob.gov.co , o a través del suscrito Apoderado.

4.- Doctor BELALCAZAR CHARRIA EDWIN FERNANDO (Médico de Urgencias) – identificado con la cédula de ciudadanía No. 6.389.334, a quien se podrá notificar a través del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E, ubicado en la carrera 29 no. 39-51 de palmira, correo electrónico notificacionesjudiciales@hrob.gov.co , o a través del suscrito Apoderado.

5.- Doctor LINARES JORGE ALEXANDER (CIRUJANO GENERAL), identificado con la cédula de ciudadanía No: 14.234.280, a quien se podrá notificar a través del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E, ubicado en la carrera 29 no. 39-51 de palmira, correo electrónico notificacionesjudiciales@hrob.gov.co , o a través del suscrito Apoderado.

El objeto de los testimonios es demostrar que las atenciones brindadas en el HROB, entre el 20 de junio de 2019 y 8 de diciembre del mismo año, 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 y hospitalización, de las valoraciones y exámenes ordenados y diagnóstico, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos 1 al 31 de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en defensa de los intereses del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad injustamente atribuida a mi Representado, como también demostrar la inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el HROB.

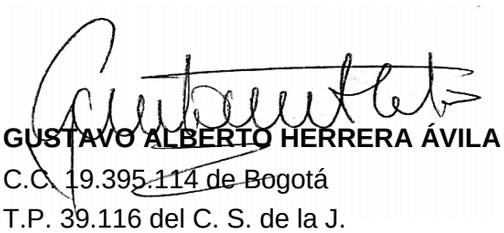
CAPÍTULO V
NOTIFICACIONES

La parte demandante, en las direcciones físicas y electrónicas aportadas con el libelo introductorio; respecto de las demandadas y quien formula el llamamiento en garantía, ruego se tengan las direcciones físicas y electrónicas que reposan en sus escritos de contestación y formulación del llamamiento en cita.

El suscrito en la Avenida 6A Bis N° 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la

ciudad de Cali, o en la Secretaría de su Despacho. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. 19.395.114 de Bogotá
T.P. 39.116 del C. S. de la J.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4207326101

PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000020 **ANEXO:0**

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

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
21	02	2019	28	02	2019	23:59	28	02	2020	23:59	365	06	06	2023

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

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
28	02	2019	23:59	28	02	2020	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 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

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)000000000007000420732610

FIRMA TOMADOR

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

JUCASTILLO 0

CADA207F0C0DFA7F5F

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 *** 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: **994000000020** 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: **994000000020** 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

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: **994000000020** 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 MEDICOS

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4207326101

PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000020 **ANEXO:1**

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

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE DIA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	A LAS HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
19	03	2019	28	02	2019	23:59	28	02	2020	23:59	365	06	06	2023

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

TIPO DE MOVIMIENTO: REVOCACIÓN DE PÓLIZA

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

ACTIVIDAD: HOSPITAL

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

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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)000000000007000420732610

FIRMA TOMADOR

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

JUCASTILLO 0

CADA207F0C0AF47F5C

CLIENTE

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 *** 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

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.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:0

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

DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
23	02	2016	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	28	02	2016	23:59		28	02	2017	23:59	366	13	06	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	2016	23:59		28	02	2017	23:59	366
	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 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 12 Bogotá

C9DA25780F07F87656

CLIENTE

MAURGARCIA720 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

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: 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.

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 MÉDICOS

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 A LAS	28	02	2018	23:59 A LAS	365 DIAS	13	06	2024

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 A LAS	28	02	2018	23:59 A LAS	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 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 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

Compañía de Seguros

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

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

DATOS DEL TOMADOR

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

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

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

TEXTO ITEM 1

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

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
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	06	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 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 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 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 **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)000000000007000725008489

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

C9DA25780E06FF7D5D CLIENTE MAURGARCIA 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

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: 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

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MÉDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:3

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

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
02	03	2018	28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365	13	06	2024

VIGENCIA DESDE A LAS — VIGENCIA HASTA A LAS DIAS

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

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365

VIGENCIA DESDE A LAS — VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

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

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

DATOS DEL TOMADOR

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

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

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

TEXTO ITEM 1

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

CLIENTE

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

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

De: Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>
Enviado: miércoles, 22 de noviembre de 2023 13:00
Para: Gustavo Alberto Herrera Avila <gherrera@gha.com.co>; Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>
Asunto: CAL29523 - PODER

Señores
JUZGADO 9 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
Cali

Referencia: **RADICADO:** **202200042**
DEMANDANTE. **EDISON BECERRA ADAMES**
DEMANDADO. **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E**
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

CAL29523 2023/05/30

Cordialente,

GERENCIA JURÍDICA.
Dirección General.
Calle 100 No 9A – 45 Bogotá - CO

Defensor del Consumidor Financiero: **Manuel Guillermo Rueda Serrano** • Carrera 13 A # 28-38 oficina 221, Bogotá
Teléfono: (601) 7919180 • **Fax:** (601) 7919180 • **Celular:** 312 342 6229 • **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Horario: Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

****
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 ?
****

Señores
JUZGADO 9 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
Cali

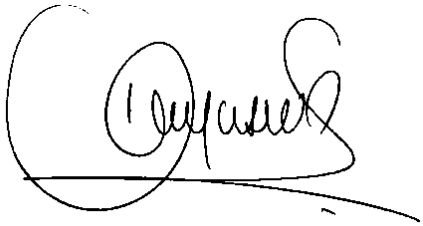
Referencia:	**RADICADO:**	**202200042**
	DEMANDANTE.	**EDISON BECERRA ADAMES**
	DEMANDADO.	**HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E**
	LLAMADO EN GARANTÍA	**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

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

CAL29523 2023/05/30

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.

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el nummero de PIN

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4106327319083835

Generado el 01 de noviembre de 2023 a las 10:44:26

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 01079 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de SOLIDARIA es Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, sin perjuicio de constituir Agencias y Sucursales dentro y fuera del país Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro , modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2402 del 30 de junio de 1988

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO. Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de

CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el nùmmero de PIN

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4106327319083835

Generado el 01 de noviembre de 2023 a las 10:44:26

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

SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.) REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 20130924961 del 21 de octubre de 2013)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representacilegal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 01/11/2021	CC - 79152694	Presidente Ejecutivo
José Iván Bonilla Pérez Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019	CC - 79520827	Representante Legal
Nancy Leandra Velásquez Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Claudia Patricia Palacio Arango Fecha de inicio del cargo: 01/09/2022	CC - 42897931	Representante Legal
Maria Yasmith Hernández Montoya Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 38264817	Representante Legal Judicial
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

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

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el nummero de PIN

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4106327319083835

Generado el 01 de noviembre de 2023 a las 10:44:26

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